

PF92

9e Année. — N° 1 Vol. IX. — N° 1.

UNION — PROGRÈS

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

de Chirurgie et de Prothèse Dentaires

ORGANE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE
DE
L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
ET DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE

Directeur-Gérant : Paul DUBOIS
Professeur-Suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.

JANVIER 1889

Abonnements : France et Algérie................. **10** fr. par an.
Union Postale....................... **12** fr. par an.

Le Numéro : 1 franc

ADRESSER TOUT CE QUI CONCERNE
la Rédaction et l'Administration :
à M. P. DUBOIS, au Bureau du Journal
2, RUE D'AMSTERDAM

L'Odontologie est le journal dentaire français qui a le plus fort tirage.

Il contient tous les mois :

1° Des TRAVAUX ORIGINAUX, mémoires et articles d'origine française sur les sujets à l'ordre du jour des préoccupations professionnelles. Cette partie du journal fait connaître les leçons les plus intéressantes professées à l'Ecole dentaire de Paris, les communications les plus importantes présentées à la Société d'Odontologie de Paris ;

2° Les PROCÈS-VERBAUX détaillés de la Société d'Odontologie de Paris, permettant aux dentistes de suivre les discussions que suscitent les progrès de la science et de la technique, la présentation des nouveaux appareils ;

3° Une REVUE DE L'ÉTRANGER où l'on fait connaître les travaux les plus intéressants publiés en Amérique, en Angleterre, en Allemagne. Le dentiste connaissant la langue française peut ainsi se tenir au courant de tout ce qui se fait d'important dans le monde, touchant la science et la pratique de l'Art dentaire ;

4° Une CHRONIQUE PROFESSIONNELLE traitant et discutant les intérêts généraux et particuliers des dentistes au point de vue de la loi et de la déontologie, ainsi que les résumés des procès-verbaux du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris ;

5° Une REVUE THÉRAPEUTIQUE relatant les recherches sur les nouvelles médications et les nouveaux médicaments ;

6° Sous la rubrique de MISCELLANÉA est inséré un résumé des travaux présentés aux Académies et Sociétés savantes, des articles publiés dans les journaux médicaux ou de sciences naturelles. Les faits secondaires y trouvent place. Les indications bibliographies sont toujours données afin de permettre les recherches aux lecteurs que ces sujets intéressent ;

7° Une BIBIOGRAPHIE et un INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL appréciant ou faisant connaître les principales publications sur l'Art dentaire et les sciences connexes.

L'ODONTOLOGIE est rédigée surtout au point de vue pratique ; elle cherche à servir de guide et de conseils à ses lecteurs, et nous avons fait tous nos efforts pour en faire l'organe indispensable de tous les praticiens qui veulent connaître le progrès, y participer et défendre leurs intérêts en se tenant à l'avant-garde.

UNION — PROGRÈS **ASSOCIATION GÉNÉRALE** 1879-1888

DES DENTISTES DE FRANCE

Siège social : 57, rue Rochechouart et rue Turgot, 4 (**Anciennement rue Richer, 23**)

L'ASSOCIATION COMPREND : 1° l'Ecole et l'Hôpital dentaires de Paris (Société civile); 2° la Société d'Odontologie de Paris (Société scientifique); 3° la Chambre syndicale des dentistes (Syndicat professionnel) ; 4° la Caisse de prévoyance des dentistes; 5° le journal l'*Odontologie* (organe de l'association).

AVIS. — L'Association générale des Dentistes de France, fondée en 1879, réorganisée en 1884, a pris en main et poursuit avec un succès constant la défense des intérêts professionnels et la réforme morale et scientifique de l'art dentaire; elle comprend plus de trois cent cinquante membres.

Les Dentistes, Médecins ou Fournisseurs pour Dentistes, qui désirent faire partie de l'Association sont priés d'adresser une demande appuyée par deux membres de la Société au *secrétaire général de l'Association*, **rue Richer, 23**.

La cotisation est de *vingt francs* par an.

ÉCOLE ET HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

E. Lecaudey, président honoraire.

Poinsot, président.	**Th. David** ✻ , directeur de l'Ecole
Wiesner , vice-président.	**Ch. Godon** secrét^re gén., sous-dir.
R. Chauvin, —	**Tusseau**, secrét^re correspondant.
Ronnet, trésorier. **Papot**, sous-trés.	**L. Thomas** , bibliothécaire.
N......, conservat. du Musée.	**P. Dubois**, sous-bibliothécaire.

MEMBRES DU CONSEIL

A. Aubeau.	**Blocman.**	**Gardenat.**	**M. Levett.**
Barrié.	**A. Dugit.**	**Kuhn.**	**Pigis.**
Bioux.	**F. Jean.**	**Lemerle.**	**Ed. Prest.**
			Prevel.

MEMBRES HONORAIRES

F. Billard. — P. Chrétien. — Debray. — Delsart. — Dugit, père. — **E. Pillett.**

CORPS ENSEIGNANT

PROFESSEURS :	PROFESSEURS
A. Aubeau , docteur en médecine.	**Poinsot**, chirurgien-dentiste.
G. Blocman, méd. de la Faculté de Paris, chir.-dent. D. E. D. P.	**L. Thomas** , doct^r en médecine.
Th. David ✻ , d^r. en médecine.	**P. Marie**, d^r en méd. et ès sciences, pharmacien de 1^r cl.
Faucher, d^r en méd., ex-interne.	**Serres**, pr. de sciences à l'éc. J.-B. Say
Levett, D. D. S., from New-York.	**Simonet**, préparateur à l'Ecole supérieure de Pharmacie.
Pillette, chirurgien-dentiste.	

PROFESSEURS HONORAIRES

G. Deny, d^r en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.	**Prengrueber**, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*
Gérard , d^r ès-sciences, profess. à la Faculté de sciences de Lyon.	

PROFESSEURS SUPPLÉANTS :		PROFESSEURS SUPPLÉANTS :	
R. Chauvin, **P. Dubois**, **Gillard**, **Ch. Godon**,	chir.-dentistes D.E.D.P.	**Heide**, **Lemerle**, **Pigis**, **Ronnet**,	chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

CHEFS DE CLINIQUE :		CHEFS DE CLINIQUE :	
L. Bioux. **F. Jean.** **M. Lagrange**, **Legret**, **L. Meng**,	chirurgiens-dentistes D. E. D. P.	**Papot**, **Prevel**, **L. Regnard**, **Tusseau**,	chirurgiens-dentistes D. E D. P.

DÉMONSTRATEURS :		DÉMONSTRATEURS :	
De Lemos, **Giret**, **Horay**,	chirurgiens-dentistes D. E. D. P.	**Fournier**, **Barrié.** **Ed. Prest.**	chirurgiens-dentistes D. E D. P.

CHEF DU LABORATOIRE DE PROTHÈSE

Pigis, chirugien-dentiste, D. E. D. P.

ENSEIGNEMENT SUPERIEUR LIBRE

ECOLE ET HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

Fondés par souscription en 1880, subventionnés par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

57, *rue Rochechouart et rue Turgot*, *4* (Anciennement rue Richer, 23)

PRÉSIDENTS DES SÉANCES D'INAUGURATION:

En 1882, U. TRÉLAT; en 1883, VERNEUIL; en 1884, P. BERT; en 1885, BROUARDEL; en 1886, le président du Conseil municipal de Paris, G. MESUREUR, député; en 1887, Dr BOURNEVILLE, député; en 1888, M. G. OLLENDORF, délégué par le Ministre du commerce.

PRESIDENTS HONORAIRES: MM. les Ministres de l'instruction publique et du commerce.

ANNÉE SCOLAIRE 1888-89 (Neuvième année) — TH. DAVID ✱, DIRECTEUR; CH. GODON, SOUS-DIRECTEUR

L enseignement est théorique et pratique et divisé en trois années.

	COURS THÉORIQUES	COURS PRATIQUES — *Chirurgie.* (Clinique)	COURS PRATIQUES — *Prothèse.* (Laboratoire)
Cours de année	Physique. Chimie. Histoire naturelle. Anatomie. Mécanique.	Assistance à la consultation. Nettoyage de la bouche. Traitement et obturation des caries des 1er et 2e degrés. Extractions.	Série d'appareils sur travail de l'hippopotame, du caoutchouc et du celluloïd.
Cours de 2e année	Anatomie descriptive et physiologie. Dissection. Pathologie générale. Thérapeutique et matière médicale. Physique, chimie et métallurgie appliquées.	Assistance à la consultation. Traitement des caries des 1er, 2e et 3e degrés. Obturations. Aurificatons simples. Redressements. Extractions.	Dents à pivot. Série d'appareils sur le travail du métal et du métal combiné avec le caoutchouc et le celluloïd. Redressements.
Cours de 3e année	Anatomie et physiologie dentaires (humaines et comparées). Dissection. Histologie; Micrographie. Pathologie dentaire : 1° Maladies de la bouche. 2° Affections du système dentaire. Thérapeutique spéciale : 1° Traitements et obturations; Aurifications, extractions 2° Anesthésie; Prothèse dentaire; Esthétique. Déontologie professionnelle	Assistance à la consultation. Traitement des caries des 3e et 4e degrés. Obturations. Aurifications à l'or adhésif, a l'or non adhésif et à la méthode rotative. Redressements. Dents à pivot. Extractions avec l'anesthésie. Restaurations buccales et faciales.	Série d'appareils sur le travail des dents à gencives et du Continuous gum. Dentiers. Restaurations buccales et faciales.

Des démonstrations et des exercices pratiques d'anesthésie, de micrographie, de chimie et de dissection ont lieu différents jours sous la direction de professeurs spéciaux.

DROITS. — Les droits sont, pour la 1re, la 2e et la 3e année, de 400 francs chaque.

AVIS. — L'Ecole dentaire de Paris, la première école professionnelle de ce genre fondée en France, a su gagner la confiance des membres de la profession, l'estime et le patronage des membres les plus éminents du corps médical, professeurs de la Faculté, membres de l'Institut et la bienveillance des pouvoirs publics.

En présence des services rendus, le Ministre du Commerce lui a décerné une médaille d'or et le Conseil municipal de la Ville de Paris, lui accorde, tous les ans, une *subvention*.

Près de cinq cents dentistes sont venus depuis huit ans de tous les points de la France et de l'étranger suivre ses cours. Cent cinquante y ont, après examen sérieux, obtenu leur *diplôme*.

Ces succès prouvent l'excellence de son enseignement à la fois théorique et pratique, conçu dans le but de créer des dentistes sérieux, connaissant à fond toutes les branches de leur art et pouvant offrir au public des garanties suffisantes. L'approbation de tous prouve que le but a été atteint.

Tout dentiste désirant suivre les cours de l'**Ecole dentaire de Paris** pour l année scolaire 1888-89 est prié d'adresser une demande accompagnée : 1° d'un acte de naissance; 2° d'un certificat de bonnes vie et mœurs; 3° d'une ou plusieurs pièces pouvant indiquer sûrement l'époque depuis laquelle il pratique comme élève, assistant ou patenté.

Pour tous les renseiguements, s'adresser :

A M. le Secrétaire général, 57, rue Rochechouart, à Paris.

(Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande).

TABLE DES MATIÈRES POUR JANVIER 1889

SOMMAIRE DU DERNIER NUMÉRO :

VOL. 9. **Paris, Janvier 1889** N° 1.

L'ODONTOLOGIE

CÉRAMIQUE DENTAIRE DANS SES APPLICATIONS AUX APPAREILS DESTINÉS A LA BOUCHE

Leçon de concours

Par M. GILLARD, professeur suppléant de prothèse

Bien que nous devions, dans le cours de cette leçon, insister sur la construction des appareils destinés à la bouche, dentiers, cuvettes, gencives continues, il est nécessaire cependant de dire quelques mots de la fabrication des dents elles-mêmes ; plusieurs points sont communs aux deux sujets, surtout en ce qui regarde la composition de la pâte du corps et des émaux. Nous établirons donc trois grandes divisions :

I. — Considérations générales, substances composant la porcelaine, substances colorantes, préparation.

II. — Fabrication des dents, soit isolées, soit en blocs sectionnels.

III. — Construction des appareils en porcelaine, appareils à gencives continues.

Tout en adoptant ces divisions, nous suivrons autant que possible le programme des cours théoriques de l'Ecole relatif au travail céramo-plastique.

I

Par le terme général de céramique (du mot grec *Kéramitis* brique ou *Kéramos* vase de terre cuite), on comprend l'art de la fabrication de tout objet en terre, faïence ou porcelaine.

Ce fut vers 1776 qu'un nommé Duchateau, apothicaire à Saint-Germain eut le premier l'idée d'avoir recours à la porcelaine pour s'en faire faire un ratelier.

Plus tard, en 1788, Dubois de Chemant, dentiste, en collaboration avec Duchateau, perfectionna la fabrication des dents en porcelaine, qu'il nommait pâte minérale incorruptible.

Un de ses confrères, Dubois-Foucou, en 1808, combattit ardem-

ment les nouveaux procédés de son homonyme. Nous trouvons dans les journaux de l'époque de curieuses discussions et d'intéressantes présentations à l'Académie royale de médecine. Une commission spéciale nommée par cette dernière déposa un rapport très élogieux pour la nouvelle invention. Obligé lui-même de reconnaître tout l'avantage que l'on pouvait retirer de l'emploi de la porcelaine, Dubois-Foucou se mit aussi à fabriquer des dents en pâte minérale.

Nous trouvons plus tard Fonzi, Maggiolo, etc., etc., qui s'occupèrent aussi des nouveaux procédés ; mais il faut arriver jusqu'à Delabarre pour trouver des progrès sérieux et des résultats déjà satisfaisants.

Là, comme dans bien d'autres parties de notre art, nous avons encore l'exemple de praticiens qui, soucieux du perfectionnement de leur profession, en appellent un autre à leur aide, se mettent à l'œuvre eux-mêmes, mettent eux-mêmes la main à la pâte, c'est le cas de le dire. Le dentiste se fait en même temps céramiste.

C'est ainsi du reste qu'à l'origine chaque profession en embrasse plusieurs autres. Les médecins faisaient jadis eux-mêmes leurs médicaments, comme Galien. Les chirurgiens étaient obligés de se faire forgerons pour fabriquer leurs instruments, comme Ambroise Paré. Ce n'est que bien plus tard que l'on voit la pharmacie séparée de la médecine, et les fabricants d'instruments de chirurgie ne plus être les chirurgiens eux-mêmes.

C'est ce qui se passa pour la céramique dentaire. Après des premiers essais longs et laborieux, mais ayant indiqué la voie à suivre, on vit se créer des maisons spéciales pour la fabrication des dents en porcelaine. Anglais et Américains rivalisèrent de zèle, et, une fois encore, on vit une invention française nous revenir sous les couleurs de l'Amérique. Ces maisons et quelques maisons françaises sont aujourd'hui arrivées presque à la perfection. Aussi le dentiste, étant donné les difficultés et les ennuis de cette industrie, ne pense-t-il plus à fabriquer lui-même ses dents. Les spécialistes ne faisant que cela peuvent arriver à de meilleurs résultats que le praticien ne travaillant que pour son laboratoire.

Disons cependant, en passant, que cette tendance à tout spécialiser, nous paraît pouvoir présenter de graves inconvénients ; outre que le dentiste se désintéresse de sujets qu'il devrait connaître, la profession pourrait avoir fortement à s'en ressentir si on parvenait, comme on le désire dans certaine sphère, à créer le fabricant dentiste, et le dentiste proprement dit, comme on a créé l'oculiste et l'oculariste.

Pardonnez cette petite digression et revenons à notre sujet en abordant l'étude des substances employées en céramique dentaire.

Substances composant la porcelaine. — On emploie généralement pour la fabrication de la porcelaine des terres infusibles, silice et alumine et des alcalis fusibles servant de liant, la potasse et la soude. Pour la fabrication des dents et pièces dentaires, on prend ces corps au plus grand état de pureté possible.

Silice. — C'est la substance la plus répandue dans la nature : Tous les rochers, les sables, le granit, en contiennent environ les trois quarts; les terres, l'argile environ la moitié de leur volume. Le quartz, le cristal de roche représentent ses formes les plus pures ; ce sont ces dernières variétés qui sont surtout employées parcequ'elles ne contiennent ni fer ni oxydes pouvant déterminer une coloration nuisible.

Alumine. — Est presqu'aussi abondamment répandue dans la nature que la silice, mais on ne la rencontre que très rarement à l'état de pureté ; le saphir seul est un cristal d'alumine pure. L'émeri ou corindon que nous connaissons tous et dont sont faites la plupart de nos meules est aussi de l'alumine cristallisée mais plus ou moins impure.

En céramique on n'emploie que des combinaisons naturelles de l'alumine, soit le feldspath, qui est un silicate d'alumine et de potasse, quelquefois de soude, soit le kaolin qui est un mélange de silice et de silicate d'alumine.

Le feldspath employé est celui à base de potasse, celui à base de soude donnant un composé trop mou et trop fusible.

Le kaolin (terre à pipe) mélange de silice ou de silicate d'alumine, comme nous venons de le dire, est une sorte d'argile blanche et friable ; il est mou, onctueux et plastique, il est infusible, mais devient très dur par la cuisson tout en restant poreux. (C'est cette propriété qui fait que les pipes en cette substance se laissent imprégner par les produits de la combustion du tabac, vulgairement se culottent. Ce serait là un grave défaut pour des organes devant séjourner dans la bouche, mais a silice et le spath qu'on lui ajoute font disparaître cette faculté d'absorption en lui donnant de la fusibilité et en empêchant son retrait.

Le feldspath destiné aux usages dentaires doit être calciné, puis finement porphyrisé et enfin lavé et séché.

Le kaolin qui se trouve naturellement à l'état de poudre doit être aussi soumis à un sérieux lavage et séché.

Substances colorantes. — La masse obtenue avec les substances que nous venons d'étudier est blanche et plus ou moins transparente ; pour les usages dentaires il est indispensable de lui donner des nuances convenables et inaltérables.

Les couleurs à employer devant résister au feu du fourneau, il fallait renoncer aux couleurs végétales. C'est aux métaux et surtout à leurs oxydes qu'on a recours. Quiconque a manié le chalumeau pour des analyses chimiques connaît les belles colorations que l'on obtient en fondant le borax avec certains oxydes.

Ce sont ces résultats qui ont guidé dans le choix des substances à incorporer à la porcelaine pour obtenir telle ou telle nuance. Car, dans ce cas, on ne peut s'en rapporter aux yeux ; souvent, en effet, une matière incolore donne, sous l'action du feu, une teinte très vive, tandis qu'une autre foncée, même noire, donne une teinte plus claire.

L'expérience seule a donc servi a déterminer le choix définitif des substances colorantes; elles sont peu nombreuses. Ce sont à l'état métallique et surtout d'oxydes :

L'or.
Le platine.
L'argent.
Le titanium.
Le manganèse.
Le cobalt.

L'or s'emploie sous forme de poudre dont la teinte varie du brun foncé au rouge-jaunâtre suivant qu'elle a été obtenue avec le sulfate de fer, l'acide oxalique et autres moyens. L'or donne de la vie à la dent, c'est la seule matière qui permette d'obtenir ce résultat.

On emploie aussi un oxyde d'or et d'étain combinés, connu sous le nom de Pourpre de Cassius. Cet oxyde fournit généralement la coloration rouge des gencives.

Le platine s'emploie à l'état de mousse ou de noir de platine. La mousse est obtenue en précipitant le métal de sa dissolution dans l'eau régale à l'aide de l'ammoniaque.

Le noir de platine est encore le platine métallique mais réduit à l'aide de procédés chimiques à un état d'extrême division.

Le platine donne une coloration bleu-grisâtre.

L'argent est employé à l'état d'oxyde. Il a alors l'aspect d'une poudre olivâtre et donne une coloration jaune-citron.

Titanium. L'acide titanique, qui seul est employé, est une poudre blanche, infusible, mais qui, sous l'action du feu, devient jaune. C'est avec lui que l'on colore le corps de la dent et que l'on prépare l'émail jaunâtre.

Le manganèse est employé à l'état de sesquioxyde et de bioxyde. Le premier est brun, le second noir. La chaleur les fait passer au beau rouge.

Cobalt. Les cendres de colbalt sont l'oxyde de ce métal calciné. Elles donnent un beau bleu.

Toutes ces substances s'emploient seules ou combinées entr'elles comme le peintre emploie ses couleurs seules ou mélangées pour obtenir des variétés de nuances; mais, comme nous l'avons déjà dit, en céramique il n'en est pas comme en peinture, on ne peut s'en rapporter aux yeux pour le mélange des teintes, puisque nos couleurs changent au feu et donnent parfois des nuances définitives tout autres que leurs nuances primitives.

L'expérience seule a servi pour déterminer la composition et les proportions des substances constituantes et colorantes de la porcelaine dentaire.

Toutes ces substances, qu'elles doivent servir de corps ou d'émail, sont toujours réduites à l'état de pâte à l'aide d'eau distillée. Il faut éviter l'emploi d'eau non pure qui contient toujours des corps étrangers et peut altérer d'une façon irrémédiable la couleur du composé.

Pour se faire une idée de la propreté nécessaire, il suffit de se rappeler quel soin il faut avoir, lorsqu'on emploie le chalumeau en analyse, pour éviter des colorations accidentelles. Ainsi la moindre poussière peut déterminer une flamme et une coloration jaune ; c'est alors le sodium très répandu qui donne cette couleur. Chacun de nous a pu remarquer que la flamme des lampes à alcool ou des becs de Bunsen devient jaune en présence de la poussière, c'est encore le sodium qui détermine cette coloration.

II

Nous allons maintenant aborder la seconde partie de notre leçon et nous occuper de la fabrication des dents.

Bien qu'aujourd'hui il n'y ait plus de praticien songeant à fabriquer lui-même ses dents, il est cependant bon de connaître, sinon à fond, du moins à grand traits leur mode de fabrication. Nous n'aurons donc point dans cette partie la prétention d'être assez explicite pour qu'après nous avoir entendu chacun puisse en sortant se mettre à fabriquer des dents. Il est du reste des trucs d'atelier, des tours de main qui ne peuvent s'enseigner. Nous dirons seulement et rapidement quelles sont les différentes phases, les différentes étapes par où doivent passer, soit les dents, soit les blocs sectionnels avant de se présenter avec la perfection que nous leur connaissons.

Chaque dent est composée d'une partie centrale ou corps, d'une partie superficielle, émail, et de crochets ou crampons en platine, seul métal capable de résister à la chaleur exigée par la cuisson. Certaines dents dites diatoriques, à cause des trous dont elles sont percées, sont dépourvues de ces crochets ; il en est de même de quelques systèmes de dents à pivot.

On a donc deux compositions : la composition ou pâte pour le corps et celle pour l'émail.

Les formules de ces compositions varient presqu'à l'infini, chaque fabricant a la sienne et prétend toujours qu'elle est meilleure que celle de son voisin.

Voici différentes formules pour le corps ; ce sont celles données au collège de chirurgie dentaire de Baltimore.

1° Feldspath..........	372	grammes
Silice.............	74	—
Kaolin............	11	—
Titanium..........	1 à 2	—

2°	Feldspath...........	496 grammes
	Silex..............	108 —
	Kaolin..............	15 50
	Titanium...........	1 à 3
3°	Feldspath...........	372 grammes
	Quartz.............	93 —
	Kaolin..............	15 50
	Oxyde de Titanium..	0 70 à 1 gr.

Delabarre indiquait les quantités suivantes de substances colorantes pour 40 grammes de porcelaine :

Oxyde de Cobalt.....	0	gr.	005	mill.
» de platine.....	0	»	005	»
» d'or..........	0	»	010	»
» d'argent......	0	»	020	»
Manganèse.........	0	»	1	
Uranium............	0	»	5	
Titanium..........	1	»		

Ces quantités peuvent évidemment varier avec la teinte à obtenir.

Avant leur emploi, ces substances mélangées avec un silicate fusible sont chauffées à une température pouvant à peine déterminer un commencement de vitrification ; la masse refroidie subitement dans l'eau est pulvérisée et réduite en poudre fine. Cette opération a reçu le nom de « fritte » qui, par extension, a été également donné au produit obtenu.

Les différentes frittes s'obtiennent de la même façon. On obtient une fritte bleue, une fritte jaune ou une fritte rouge-rose suivant que l'on emploie l'éponge de platine, l'oxyde de titanium ou la pourpre de Cassius.

Il est encore une sorte de fritte d'or, nommée « mixture d'or » que l'on emploie beaucoup, c'est un chlorure d'or calciné avec du spath et réduit en poudre.

Les différentes compositions d'émail pour la couronne sont :

Email gris-bleu :

Spath.......	31 gr.
Fritte bleue.	0 30

Email jaune :

Spath.......	31 gr.
Fritte jaune.	0 25
Mixture d'or.	1 20

Pour les gencives :

Fritte pour gencives c'est-à-dire à base de pourpre.	1 gr. 80
Spath..	6

Mais la proportion peut varier suivant le ton des gencives à

obtenir. Il faut pour cette composition pulvériser le spath peu finement de façon à donner à la gencive un aspect granulé.

Aujourd'hui ces préparations se trouvent toutes prêtes à être employées dans nos dépôts dentaires.

Ayant tous nos matériaux de fabrication, deux méthodes peuvent être suivies pour leur emploi : ou l'on forme la dent d'un seul coup, corps et émail, ou l'on forme d'abord le corps que l'on durcit par une légère cuisson et on procède à l'émaillage ensuite. La première méthode est la cuisson unique, la seconde la double cuisson ou biscuit.

On se sert pour mouler les dents ou pièces sectionnelles de moules en laiton formés de deux parties bien répérées, une de ces parties contient des orifices pour l'introduction des crampons en platine. Ces crampons sont de différentes formes, mais nous ne croyons pas avoir à nous arrêter sur ce sujet.

Dans le procédé de la simple cuisson, après avoir posé les crampons, on place les émaux de la couronne et des gencives s'il y en a, puis au centre le corps, on ferme le moule qui est pressé fortement et légèrement chauffé pour hâter la dessication. La dent est retirée puis réparée s'il y a quelque défectuosité, placée sur une couche de sable, puis enfin portée au four.

Dans le second procédé (biscuit), on moule d'abord le corps avec les crampons, on donne un coup de feu pour le durcir ; on le répare puis à l'aide d'un pinceau on procède à l'application de l'émail. Après séchage la dent est prête à subir la cuisson.

Il est à remarquer que la porcelaine ayant à la cuisson un retrait d'environ un cinquième de sa masse totale, le volume des dents doit être augmenté d'autant lors du façonnage.

C'est surtout l'opération de la cuisson qui présente des difficultés ; mais comme nous aurons à y revenir longuement à propos de la cuisson des dentiers ou gencives continues, nous ne la traiterons pas ici.

Malgré les difficultés que présente la fabrication des dents en porcelaine, on est aujourd'hui arrivé à un tel degré de perfection, qu'elles sont, à moins de cas tout à fait spéciaux, presque les seules employées.

III

Bien que, comme nous l'avons déjà dit, le dentiste ne fabrique plus lui-même ses dents, il est encore quelquefois appelé à fabriquer en porcelaine des dentiers complets ou partiels, ou bien à adapter sur une cuvette en métal des gencives continues en porcelaine : c'est l'étude de ces travaux que doit comprendre notre troisième partie.

Comme les dentiers complets en porcelaine sont peu employés, qu'au contraire on tend aujourd'hui à fabriquer de plus en plus les appareils à gencives continues, nous étudierons tout spécialement ces derniers, nous réservant de dire en terminant quelques mots sur les premiers.

De même que pour la fabrication des dents elles-mêmes, l'idée . combiner les plaques métalliques avec un composé fusible est d'origine française ; c'est encore Delabarre qui fit les premiers essais en 1820.

Le Dr Allen reprit cette idée, perfectionna les procédés et les mit en pratique presque tels qu'ils existent aujourd'hui.

Nous allons voir successivement les diverses opérations que doivent subir les appareils fabriqués par cette méthode.

Nous supposons, pour plus de clarté et de précision, la construction d'un dentier complet du haut.

Empreintes et modèles de plâtre et de métal sont faits suivants les procédés courants. On estampe la plaque en platine (car l'or fondrait pendantla cuisson) avec rebord gingival aussi élevé que possible et sur le pourtour on laisse un liseré de 1 millimètre à 1 millimètre 1[2 qui, relevé, maintient la gencive en porcelaine. On façonne ce liséré ou rebord à l'aide de pinces. Un procédé plus long, mais qui donne pour ce point de bien plus beaux résultats, consiste à bien délimiter sur le modèle en plâtre le bord de la pièce en métal, puis à façonner en suivant ce contour un rebord ou saillie en plâtre ; alors seulement on coule les modèles en métal pour l'estampage. Ce dernier donne alors, d'un seul coup et d'une façon plus nette que les pinces, le rebord désiré.

Il va sans dire que cette cuvette peut être estampée avec ou sans cavité du vide de tout système. Laissez-moi vous noudire à ce sujet qu'un ouvrage récemment paru donne comme nouveau un procédé de construction de cavité avec cuvette double. Ce système existait depuis longtemps et Harris, même dans ses anciennes éditions, le décrit sous le nom du Dr Cleveland.

La plaque estampée, les dents sont ajustées dessus et articulées à la façon ordinaire ; puis le tout mis en plâtre et les dents contreplaquées. Quelques auteurs conseillent une contreplaque d'une seule pièce ; mais à ce procédé, avec lequel on voit parfois des dents se déplacer, nous préférons le contreplacage partiel ordinaire, en ayant soin d'ajuster chaque contreplaque aussi bien que possible à la cuvette pour éviter un excès de soudure. Nous disons soudure à tort, car dans ces cas l'union doit se faire à l'aide d'or pur ; en effet les alliages entrant dans la soudure ordinaire (argent ou cuivre) détermineraient plus tard, pendant la cuisson, des teintes dans la porcelaine, par exemple l'argent donnerait du jaune et le cuivre du vert.

L'or pur devant donc être employé comme soudure, il devient difficile d'effectuer sa fusion avec notre chalumeau ordinaire, aussi, dans ce cas, est-il préférable de souder au fourneau.

La pièce soudée bien décapée et nettoyée, on fait sur la surface linguale et labiale des rugosités à l'aide de l'échoppe.

Alors commence vraiment le travail céramique. L'outillage est

peu compliqué : deux petits pots contenant l'un le corps l'autre l'émail; quelques pinceaux de différentes forces et consistances; quelques spatules fines et flexibles, un peu de papier buvard et beaucoup de propreté; car, comme nous l'avons déjà dit, la moindre impureté cause infailliblement des taches irréparables lors de la cuisson.

A l'aide d'un pinceau on applique une première couche de corps, amenée à consistance de crème, puis à l'aide d'une spatule on ajoute des portions plus grandes de ce corps où cela est nécessaire ; on égalise bien la surface et on nettoie les dents de façon à ce que leur collet soit bien net et qu'il ne reste sur elles aucune impureté; la pièce peut êre alors mise au feu.

Avant de poursuivre la suite de nos opérations, il est nécessaire de dire quelques mots des appareils employés pour la cuisson au fourneau. Nous avons dit et répété que la moindre impureté peut, pendant la cuisson, altérer la coloration de nos pièces, il faut donc des fourneaux où elles soient à l'abri des cendres et fumées du combustible. On obtient ce résultat dans des fourneaux à moufle. Ces fourneaux sont de différentes formes, le plus simple est construit complètement en terre et brûle du charbon de bois ou du coke. Les autres sont à gaz; celui de Fletcher est chauffé par une couronne de becs de Bunsen; un plus récent, celui du Dr Verrier, est chauffé par un gros chalumeau et exige une soufflerie.

Il n'est pas possible de déterminer exactement le degré de chaleur nécessaire aux différentes cuissons. En cela encore c'est la pratique et l'expérience qui peuvent seules guider. Les différents pyromètres, quels qu'ils soient, ne peuvent être d'aucune utilité.

La pièce, garnie du corps comme nous l'avons dit, est mise dans l'intérieur du moufle, soit sur un trépied de platine soit sur une couche de sable à gros grains. Elle doit être chauffée graduellement et lentement jusqu'à demi-vitrification de la pâte, on laisse refroidir; il faut, soit dans cette première cuite, soit dans les suivantes que le refroidissement soit très lent et gradué.

Cela est encore plus important que pour le chauffage.

Une fois refroidie, la pièce est bien réparée; les défauts, petites fentes ou gerçures, produites par le retrait de la pâte, sont bouchées et on applique une seconde et légère couche générale de corps. On donne alors, avec les précautions déjà indiquées, un second coup de feu, sans trop cuire encore; il suffit d'obtenir un aspect brillant mais non liquide de la surface, on laisse refroidir avec soin.

Notre pièce arrivée à ce point est à l'état de biscuit et présente un aspect jaunâtre mais mat, il ne reste donc plus qu'à appliquer l'émail. C'est encore à l'aide de pinceaux et de spatules que se fait cette application. On a soin de varier l'épaisseur de la couche de façon à obtenir les différentes teintes des gencives,

qui naturellement sont un peu plus claires sur les gibbosités formées par l'implantation des dents.

Il faut éviter les traces d'émail sur la couronne des dents. La pièce bien sèche peut être portée au four et cuite définitivement. La température doit être alors plus forte qu'aux autres cuites, puisqu'il faut obtenir la vitrification complète de la porcelaine et le brillant de l'émail.

Bien refroidie, la pièce est lavée dans l'acide sulfurique dilué puis on procède au polissage de la face palatine en métal et au brunissage du rebord entourant la gencive, l'appareil est alors prêt à être placé dans la bouche.

Quelques praticiens préfèrent dorer le platine; nous ne conseillons point cette opération, l'aspect est peut-être plus agréable à l'œil, mais le platine est toujours plus inaltérable dans la bouche que tout autre or ou dorure.

Maintenant que nous connaissons la fabrication des gencives continues, nous sommes à même d'esquisser rapidement la confection des pièces entièrement en porcelaine, c'est-à-dire sans cuvette de platine. La cuisson, la réparation et l'émaillage seront les mêmes. Mais si dans le procédé précédent notre cuvette en platine s'est opposée au retrait de la substance, nous ne devons pas oublier que dans un appareil en porcelaine seul, nous aurons un retrait d'environ un cinquième. Il faut donc compter avec ce retrait inévitable et par un procédé quelconque le contrebalancer. Une des meilleures méthodes, la plus simple, consiste à agrandir le modèle en plâtre. Voici la manière de procéder : la base du modèle est bien égalisée et repose sur une surface unie; on donne d'abord un trait de scie en suivant la ligne médiane et un autre parallèle de chaque côté; les quatre segments sont espacés parallèlement d'environ 3 millimètres chacun et on coule du plâtre entre eux.

Au lieu de ce mode de procéder, comme en écartant les segments, on peut, tout en gardant le parallélisme, les faire glisser soit en avant, soit en arrière ; nous préférons après le premier trait de scie donné sur la ligne médiane en donner un autre qui lui soit perpendiculaire. Nos quatre fragments se trouvent alors séparés en croix et il est plus facile de maintenir le parallélisme et par conséquent leurs rapports en les écartant. On coule du plâtre entre les fragments écartés, puis, après son durcissement, on procède à une nouvelle opération en tout semblable, mais en ayant soin de faire alterner les nouveaux traits de scie avec les premiers. Séparant ces nouveaux fragments d'environ 3 millimètres, on les relie encore ensemble avec du plâtre et on obtient ainsi un modèle agrandi d'environ un cinquième. C'est sur ce modèle que l'on façonne le corps de sa pièce; on peut y fixer toute espèce de dents minérales ou sculpter la série complète.

On se procure à l'aide d'un surmoulage du modèle agrandi un nouveau modèle coulé en plâtre et amiante qui sert de support

à la pièce pendant les différentes cuites; mais on peut se contenter d'une couche de silex grossièrement pulvérisé.

La réparation et l'émaillage se font comme pour les gencives continues.

Ces appareils bien exécutés ont un aspect très agréable à l'œil, mais sont fragiles et lourds, ils peuvent se rompre même dans la bouche; nous leur préférons de beaucoup les appareils à gencive continue, qui non seulement ont la même beauté extérieure, mais possèdent en outre la solidité.

PRÉSENTATION D'UN MOTEUR A AIR COMPRIME

(Applications de M. Michaëls.)

Par M. P. Dubois.

Notre collègue M. Michaëls, car nous avons la satisfaction de le compter parmi les membres de la Société d'Odontologie, a bien voulu me demander de vous présenter ou plutôt de vous décrire les appareils et l'installation qu'il a combinés pour utiliser l'air comprimé.

Quoique je sois convaincu que M. Michaëls est retenu par un excès de modestie, et qu'il aurait pu mieux que quiconque démontrer le mécanisme et les avantages de son installation, j'ai cédé à ses désirs. Je vais donc m'efforcer de vous exposer le plus clairement possible ce que je pense de l'utilisation de l'air comprimé dans le cabinet d'opérations et des appareils de notre ingénieux confrère qui montrent les services que nous pouvons en tirer.

A propos de l'air comprimé, la question des petits moteurs se représente tout entière devant nous. Elle a été traitée ici même avec une compétence particulière par M. Serres, professeur de mécanique à l'Ecole; notre journal l'Odontologie vous en a entretenus à plusieurs reprises. Néanmoins vous me permettrez d'y revenir en quelques mots.

Pour l'art dentaire, plusieurs sources de force motrice peuvent être mises à contribution: l'eau, le gaz, la vapeur, l'air comprimé, l'électricité.

L'eau demande une installation spéciale, ne cadrant guère avec les exigences de l'habitation dans les grandes villes. Il faut assurer l'écoulement de l'eau, et comme les moteurs en dépensent d'assez grandes quantités, cela nécessite des conduites importantes.

De plus, les risques de gelée et de fuite ajoutent aux inconvénients ; enfin il faut une pression considérable et Hammond, qui a installé un moteur à eau pour actionner le tour dentaire, dit que la pression fournie par la chute de l'eau contenue dans un réservoir placé sur le sommet d'une haute maison n'est pas suffisante pour exciser la dentine saine. Il a dû obtenir une pression et une provision spéciales pour atteindre le résultat cherché. Le moteur à eau n'est donc utilisable que dans des conditions un peu exceptionnelles.

Les moteurs à gaz ont d'autres inconvénients : la trépidation et un bruit considérables. M. Poinsot à qui les essais de progrès ne coûtent jamais, fut des premiers à en installer un chez lui ; il peut donc nous instruire à ce sujet. Il est à ma connaissance que l'installation d'un moteur à gaz a soulevé dans quelques cas l'opposition du propriétaire.

Le prix d'achat et la pose du moteur à gaz sont assez coûteux, de plus, les fuites et les explosions sont à craindre. Toutes ces raisons font que les moteurs à gaz ne sont guère applicables à l'art dentaire, surtout dans le cabinet d'opérations même,ou dans son voisinage.

La machine à vapeur réduite, comme celle de M. Serpollet qui devait nous être présentée ce soir, est-elle supérieure au moteur à gaz? Je ne le crois pas. Son prix d'achat est faible, son installation facile, soit, mais elle demande une surveillance constante, elle ne peut fonctionner que quand la pression est obtenue, elle ne permet pas un travail intermittent; confiée à des mains inexpérimentées, à des négligents, elle peut causer des accidents graves. Ce n'est donc pas là le petit moteur idéal.

Ces trois sources de force motrice écartées, il ne reste plus en présence que l'air comprimé et l'électricité. Il y a quelques semaines, M. le Dr Telschow démontrait ici même les services de cette dernière. A l'aide des piles au sel ammoniac on peut avoir la force électrique nécessaire pour faire marcher nos appareils. Malgré ces résultats encourageants, on ne peut voir en la pile une source assez constante, assez énergique pour satisfaire largement à tous nos besoins. Au maniement de la pile sont attachés des inconvénients que nous connaissons tous et que je n'ai pas à exposer à nouveau, l'ayant déjà fait à propos des appareils de M. Telschow.

Les mêmes objections ne s'élèvent pas pour l'électricité fournie par une usine centrale et distribuée chez les particuliers. Le Conseil municipal de Paris vient d'accorder à différentes compagnies le droit d'installer les usines génératrices et la distribution de la force électrique qu'elles produiront. Nous pourrons bientôt apprécier ce système. L'électricité ainsi fournie ne demandera que peu d'installation, quelques fils, un rhéostat, des commutateurs, peut-être un compteur, et nous pourrons avoir force et lumière sans difficultés. Il ne s'élève à cet égard

qu'une seule crainte, c'est que l'électricité ainsi fournie ne soit assez coûteuse et j'ai bien peur que son prix de revient ne soit supérieur à celui de l'air comprimé.

Après avoir éliminé les moteurs à eau, les moteurs à gaz, les moteurs électriques puisant leur énergie dans des piles, après avoir envisagé les espérances que fait naître l'électricité émanant d'usines centrales, il ne me reste plus qu'à examiner si l'air comprimé est une force utilisable pour nous.

Nous connaissons tous les pendules Popp. Elles eurent à Paris comme dans d'autres grandes villes un grand succès ; la Compagnie concessionnaire voulut étendre sa clientèle en fournissant à la petite industrie des petits moteurs d'installation facile, d'un prix d'acquisition et d'une dépense peu élevés. Nous allons voir comment elle a résolu le problème.

Les plus petits moteurs à air comprimé donnent une force de 6 kilogrammètres, les plus forts équivalent à 60 chevaux, c'est-à-dire 4,500 kilogrammètres. M. Michaëls a pris le plus petit et il trouve la force plus que suffisante pour actionner le tour et une machine dynamo ; il évalue à 3 kilogrammètres la force nécessaire pour actionner le tour seul.

Si j'en crois un prospectus de la Compagnie que j'ai là sous les yeux, le prix d'un moteur de cette force est de 250 francs pour le moteur lui-même, et 100 francs pour l'installation à forfait des tuyaux et des robinets. Cette somme peut se payer par mensualités.

Dans sa plus grande dimension, le moteur a 27 centimètres. On voit qu'il serait difficile de le souhaiter moins encombrant. Je vous présente sa pièce essentielle. Vous pouvez remarquer que le tuyau d'arrivée de l'air est fort petit, et cela explique que la pose en est aussi aisée que celle des tuyaux de gaz et d'eau. Ce moteur fait tourner une roue dont le volant a 26 centimètres de diamètre, roue sur laquelle se fixent les fils de transmission allant sur le tour et sur la machine dynamo, si on en a une. Ce moteur peut se placer près ou loin du fauteuil d'opérations. M. Michaëls l'a installé sur son balcon, l'arbre traverse le mur et la roue donne l'extension de la force motrice. Les avantages du moteur a air comprimé sont la facilité de pose, d'entretien, l'impossibilité d'accidents, sa proximité de l'opérateur et sa faible dépense. Cette dépense, même avec une marche constante de huit heures pendant vingt-six jours de travail, s'élève à 15 francs par mois. Comme le dentiste n'a pas besoin d'une marche constante, il s'ensuit que ce maximum n'est pas atteint. Je ne présume pas que l'électricité soit donnée à aussi bas prix.

Après avoir montré l'économie du moteur à air comprimé, il me reste à faire connaître comment on peut l'utiliser. Cet exposé sera forcément incomplet. Rien ne peut remplacer l'observation directe. A défaut des appareils qu'on n'a pu transporter ici, j'en-

saierai de vous donner une idée des conditions de fonctionnement.

Tout d'abord, comment marche le tour ? La roue, placée à l'intérieur de l'appartement, est reliée par le moyen de cordes à boyau à une potence fixée au chambranle de la fenêtre. Cette potence tourne sur un pivot et revient d'elle-même à la fenêtre pendant le repos. A son extrémité est fixé l'arbre flexible du tour dentaire. Par un ingénieux mécanisme tenant tout entier dans cette petite boîte, la rotation peut être renversée et aller instantanément en sens contraire. La mise en marche et la force du tour sont réglées par un bouton fixé au fauteuil d'opérations. Le dentiste a ainsi sous la main la commande de la force motrice.

Au tour peuvent s'adapter le maillet rotatif de Daly, celui de Bonwill, le maillet pneumatique de Kirby, celui de Telschow, celui de Pearson. Si on se sert du moteur pour obtenir dynamiquement de l'électricité, on peut alors utiliser les maillets électriques, celui de Bonwill, ou, mieux encore, celui de notre collègue M. Gillard (quand il aura été mis à notre disposition).

L'air comprimé peut aussi nous assurer les services d'une pompe à salive. J'étais fort intrigué de savoir comment la compression de l'air pouvait faire aspiration de l'eau collectée sur le plancher de la bouche. Ce petit appareil, la pièce essentielle de la nouvelle pompe à salive de M. Michaëls, en expliquera l'ingénieux mécanisme. Le robinet d'air comprimé étant ouvert produit un appel dans un second tube — celui qui correspond à la canule placée dans la bouche ; de là l'amorçage et l'écoulement du liquide salivaire dans un récipient *ad hoc*.

Enfin le même moteur permet d'obtenir de l'électricité sans pile. On sait que l'électricité à bon marché est produite par une transformation du mouvement. Si l'électricité avait pour condition absolue l'action chimique, elle n'aurait pas le développement qu'elle a atteint aujourd'hui. Il découle d'une découverte de Faraday *qu'un fil de cuivre approché, puis éloigné d'un aimant, donne naissance à un courant électrique*. C'est à cette découverte, qui remonte à près de soixante ans, que nous devons l'éclairage électrique de nos rues, de nos théâtres et de nos magasins.

C'est grâce à elle que nous pourrons produire dans le cabinet d'opérations même de l'électricité sans le transformer en laboratoire de chimie, sans être condamnés à la manipulation ou au transport des acides, au remplacement des zincs et des charbons. Les machines dynamo-électriques peuvent avoir une puissance considérable, être réduites autant qu'il est nécessaire. Celle de M. Michaëls a environ 40 centimètres de long, 10 à 15 de haut placée dans un coin du cabinet d'opérations, elle s'y dissimule aisément. Cette petite dynamo peut donner l'électricité en quantité et en tension selon les besoins ; on a ainsi la lumière et la chaleur à sa disposition. On peut avec son concours éclairer une

petite lampe à incandescence, faire rougir le fil d'un injecteur d'air chaud et aussi le petit cautère.

L'arrivée de l'air comprimé dans le cabinet d'opérations a des avantages considérables pour l'injection de l'air chaud. M. Barbe puis M. Telschow ont construit des poires dont nous connaissons les bons services, il est pourtant préférable que l'air comprimé arrive dans la cavité sans que la pression de la main soit nécessaire.

M. Bing comprime de l'air à l'aide d'une pompe tirant sa force de la vapeur. M. Telschow nous a montré une pompe à bras qui atteint le même résultat, dans les deux cas, cela nécessite une machinerie, des appareils encombrants et coûteux. Si l'air comprimé nous est servi par une usine centrale et que sa projection se fasse sans autre manœuvre que celle d'un robinet, il y a là une commodité évidente; alors, au lieu de la poire, on peut utiliser l'excellent injecteur de M. Brasseur et l'air chaud est projeté aisément.

A ces services découlant des applications électriques et mécaniques de l'air comprimé, s'en ajoutent d'autres qui, quoique moins essentiels, n'en ont pas moins leurs mérites. M. Michaëls dit avoir eu dans quelques cas une anesthésie suffisante pour les opérations d'extraction de dents en projetant de l'air froid sur la gencive. Je ne sais s'il en serait ainsi d'une manière générale. Je ne le crois pas, mais si la vaporisation de l'air froid était précédée de l'application d'un liquide volatil, éther, chlorure de méthyle, etc., on obtiendrait probablement ainsi l'anesthésie voulue Il y a là une application qui a besoin de la sanction de l'expérience.

L'air froid peut également aider au refroidissement rapide d'une matière d'empreinte, il peut ventiler une pièce. Il peut avoir d'autres applications. Qui pourrait calculer dès maintenant tout ce que nous pouvons en tirer?

De l'étude comparative à laquelle je viens de me livrer devant vous, il résulte que pour les usages dentaires, l'air comprimé n'a qu'un concurrent sérieux, l'électricité dynamique émanant d'une usine centrale. Qui l'emportera? Je n'en sais rien. Il se peut même que nous trouvions avantage à combiner les deux systèmes. La comparaison sera plus facile dans quelques mois. Par un moyen ou par l'autre, je suis convaincu que dans quelques années, le dentiste aura à sa disposition des forces dont la source sera indépendante de lui. Il deviendra de plus en plus une intelligence dirigeant des outils; la perfection, la facilité du travail s'en accroîtront. Quel que soit le système adopté, M. Michaëls aura eu l'honneur de nous avoir fourni une solution élégante du problème, solution pour laquelle toute son ingéniosité mécanique n'était pas de trop.

OBSERVATION D'UN CAS DE DOUBLE RÉIMPLANTATION

Par M. Lévrier, D. E. D P.

Le 3 février Mme D... se présente à ma consultation, se plaignant d'un assez grand nombre de dents, qui pour la plupart avaient été plus ou moins soignées antérieurement. Mme D... est âgée de vingt-neuf ans et jouit d'une parfaite santé.

A l'inspection de la bouche, je constate plusieurs dents atteintes de caries des troisième et quatrième degrés et qui furent guéries sans de trop grandes difficultés. Parmi les dents à traiter je trouvai les deux petites molaires inférieures gauches, dont l'une, la première, était désobturée; elle avait été traitée quelques années auparavant, l'obturation n'existait plus peu de temps après, mais la patiente ne s'en était jamais plainte; le canal radiculaire était en partie obturé, la dent n'était pas sensible à la percussion, la gencive ne présentait aucune trace d'inflammation ; bref, je crus pouvoir obturer la dent séance tenante.

La deuxième petite molaire avait été traitée en même temps que la voisine, l'obturation s'était bien maintenue, mais, peu de temps après son occlusion, un trajet fistuleux s'était produit, l'orifice de la fistule s'ouvrait dans un angle rentrant formé par la deuxième grosse molaire saine, qui s'inclinait en avant, et la gencive qui avait subi une petite déformation par suite de l'extraction bien antérieure de la première grosse molaire. Je pensai traiter la fistule par le canal radiculaire et, dans ce but, j'enlevai l'obturation proprement dite, mais je ne pus parvenir à déboucher le canal dans lequel avait pénétré de l'amalgame qui, peut-être, y avait été introduit et pressé à l'état semi-liquide. Je rebouchai la dent temporairement, remettant à plus tard le traitement, ma cliente étant fatiguée du reste par le grand nombre d'opérations exécutées antérieurement.

Tout marcha bien pendant deux mois, lorsque, le 7 avril, ma cliente me fit demander, se plaignant de vives douleurs s'étendant de la canine jusqu'à la deuxième grosse molaire; j'inspectai les deux petites molaires susnommées qui étaient parfaitement insensibles à la percussion et à la chaleur et, ne trouvant pas encore d'inflammation du côté de la gencive, je prescrivis un peu de teinture d'iode en badigeonnages et un bain de pieds le soir en attendant que quelque chose se déclarât. En effet, deux jours après, ma malade me fit appeler de nouveau; les douleurs s'étaient un peu calmées à la suite de ma visite, mais le lendemain la gencive s'était peu à peu gonflée et, pendant la nuit, le gonflement s'était étendu à la joue et avait même gagné la région sous-orbitaire. Au toucher, les parties malades présentaient de l'induration, les dents étaient mobiles et très sensibles,

sans cependant que leurs collets laissassent suinter de pus. Je n'osai proposer l'extraction des dents malades à ma cliente, connaissant sa répulsion pour cette opération, et me contentai d'indiquer des lotions calmantes et émollientes pour attendre au lendemain que la formation et l'évacuation du pus se produisissent. En effet, le lendemain, je constatai que le gonflement présentait moins d'induration que la veille, la malade avait passé une moins mauvaise nuit et le pus commençait à suinter par le bord libre des gencives. Je pratiquai une large incision, profonde d'environ 1 centimètre et demi et longue de 3 centimètres. Le pus sortit avec abondance et provoqua un soulagement presque immédiat; je fis continuer les lotions émollientes et détersives pendant quelques jours et la plaie guérit rapidement.

Une semaine s'était écoulée lorsque ma patiente revint me voir en se plaignant d'un point qui était resté très douloureux et de ne pas pouvoir manger sur ses deux petites molaires. En effet, le pus ayant suivi les parties déclives, avait filtré entre le bord inférieur du maxillaire, au niveau de la canine et de la peau. Un abcès dépendant de la première petite molaire s'était reformé et avait légèrement refoulé la peau en avant, de sorte que l'on pouvait sentir au toucher une sorte de boule assez dure et très sensible et, en appuyant légèrement dessus, le pus très clair fusait au collet de la dent. Celle-ci était très douloureuse et rendait la mastication impossible de son côté. J'enlevai l'obturation et essayai de soigner l'abcès par la racine, mais. malgré quinze jours de soins et après avoir tenté toutes sortes de traitements je ne pus parvenir à tarir la source du pus. De son côté, la fistule existant sur la deuxième petite molaire n'avait fait que grossir et son orifice laissait couler du pus grisâtre et épais. Dans cette situation, je considérai que, seule, la double réimplantation pouvait donner des chances de succès. Elle fut en effet résolue, et le 30 avril, c'est-à-dire trois semaines après avoir ouvert l'abcès, je pratiquai l'extraction des deux petites molaires ; elle fut extrêmement douloureuse malgré une légère injection de cocaïne pratiquée du côté opposé à l'abcès. Je trouvai la racine de la première petite molaire presque entièrement dénuée de périoste sain, sauf un petit collier d'environ trois millimètres de hauteur entourant la racine à partir du collet; le reste était tapissé par du périoste épaissi, lordacé, traversé par de minuscules artérioles dégorgeant un sang noirâtre et épais; l'extrémité radiculaire était, en grande partie résorbée, présentant un peu d'exostose, et absolument dénudée ; le canal était grisâtre et rempli de pus. La racine de la deuxième petite molaire présentait à peu près les mêmes caractères ; le périoste sain, cependant, y était en plus grande quantité ; l'alvéole de la première molaire avait subi certaines modifications ; le fond s'était résorbé en grande partie et donnait attache à de petits

bourgeons périostiques de la même nature que ceux restés adhérents à la racine et permettait à la sonde de communiquer jusque dans l'intérieur du sac du pus.

Divers auteurs recommandent de gratter et même de fraiser le fond de l'alvéole pour faire disparaître le périoste lésé et même d'entamer une mince épaisseur d'os qui pourrait avoir été atteint par la carie, mais il me semble que cette opération n'est pas justifiée, d'abord en ce qu'elle est extrêmement douloureuse, et puis parce que la partie terminale de la racine ayant été réséquée, et par conséquent n'étant plus en contact avec ce foyer d'inflammation qu'elle seule déterminait, n'a plus aucune chance de provoquer de nouvelles rechutes; ces lambeaux de périoste malade convenablement rendus antiseptiques par des lavages au bichlorure de mercure remplissent, après l'opération, l'office de corps étrangers dans l'économie, et sont éliminés comme tels. Partant de ce principe, je me contentai de gratter ce périoste sur les racines exclusivement, de réséquer les extrémités radiculaires, et, après avoir obturé les canaux et les cavités dentaires, je remis les dents à leurs places respectives, coiffées d'un petit appareil de caoutchouc vulcanisé, je fis des badigeonnages de teinture d'iode et renvoyai ma cliente au lendemain en lui recommandant ces badigeonnages toutes les deux heures environ. La première nuit, ma malade fut réveillée par de légères douleurs accompagnées d'un peu de fièvre, la deuxième nuit fut meilleure, et, huit jours après, j'enlevai l'appareil pour la première fois depuis l'opération; je trouvai les dents très mobiles, mais parfaitement insensibles à la percussion. Continuation des gargarismes au bichlorure de mercure et badigeonnages de teinture d'iode, ces derniers trois fois par jour seulement; après une nouvelle semaine, les dents avaient à peu près repris leur fermeté antérieure, et trois semaines après l'opération j'enlevai l'appareil définitivement; les dents avaient une grande solidité et servaient mieux que jamais à la mastication. L'opération fut faite le 10 avril, et le 20 novembre, c'est-à-dire un peu plus de 7 mois après, j'eus l'occasion de revoir ma cliente, qui me déclara ne pas avoir souffert un seul instant. Les dents étaient parfaitement solides et rendaient autant de services à la mastication que leurs congénères.

Je vous ai présenté cette observation parce que j'ai pensé qu'elle avait un certain intérêt par la contiguité des dents réimplantées. La plaie et l'inflammation succédant au traumatisme opératoire ont, dans une réimplantation de deux dents contiguës, une étendue et une gravité qui m'ont fait longtemps hésiter. Comme on l'a vu, les désordres étaient anciens et considérables; malgré cela, la résection radiculaire et l'assainissement de la dent en ont triomphé, et la reprise vitale s'est opérée de la manière la plus heureuse. Ces deux dents étaient sacrifiées, j'ai pu néanmoins les conserver à ma cliente. Je ne crois pas qu'une autre opération que la réimplantation eût eu ce résultat.

FRACTURE DES OS PROPRES DU NEZ AVEC PLAIE CONTUSE

TRAITEMENT : APPAREIL DE CONTENTION DE FRACTURE. — GUÉRISON

Par M. GRAVOLLET-LEBLANC, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris

Communication à la Société d'Odontologie

Le nommé V..., caporal infirmier, en cherchant à escalader la grille de l'hôpital militaire de Vincennes, avait fait une chute sur la face : il était venu s'abattre sur l'angle d'un mur en pierre servant de soubassement à la grille.

Cette chute avait déterminé les lésions suivantes :

Fractures complètes des os propres.

Ecrasement du nez.

J'ai l'honneur, messieurs, de vous présenter le petit appareil que je contruisis pour rétablir l'ordre et l'harmonie dans la physionomie du sujet.

RÉDUCTION ET MOULAGE

Le nez avait été projeté fortement du côté droit. Je me préoccupai donc de remettre les choses en place autant que possible.

A cet effet, j'introduisis dans les narines deux manches de porte-plume, et je fis maintenir par un aide les deux petits bâtons dans cette position.

J'appliquai alors un doigt sur le côté droit du nez, à la hauteur de l'œil, et, au moyen d'une forte pression, je réduisis la fracture.

Ceci fait, et après avoir légèrement graissé avec de l'huile les parties saines, et saupoudré la plaie avec de la poudre d'iodoforme, je moulai, en plâtre très clair, le nez et une partie de la face.

APPAREIL

Ce fut sur ce moulage reproduisant fidèlement la position du nez avant l'accident, que je contruisis mon appareil en caoutchouc vulcanisé. — Avec ses trois faces à bords irréguliers, il affecte dans son ensemble la forme d'un tronc de pyramide triangulaire.

Cet appareil emboîtait parfaitement toute la partie supérieure de l'organe, depuis sa racine jusqu'au 2[3 environ de la ligne médiane, ainsi que les deux ailes et les deux narines, tout en laissant libre la région du lobule.

J'avais adopté cette disposition pour que l'on pût avoir accès à la plaie contuse qui intéressait les parties molles et le cartilage, et de manière à en permettre le traitement par les antiseptiques d'usage sans qu'il fût besoin d'enlever l'appareil.

Cette plaie s'étendait même assez haut pour mettre à nu partie de l'os du côté gauche; pour la solidité du système, j'avais néan-

moins recouvert de caoutchouc cette partie, mais en surchargeant le modèle, et de façon à ménager entre le caoutchouc et la plaie un espace libre formant gouttière et donnant la faculté d'introduire les pansements.

MOYENS DE FIXITÉ

A l'extrémité supérieure ainsi qu'aux deux grands bords de l'appareil furent fixées trois petites attaches destinées à recevoir du lacet plat : les deux brides latérales passaient en dessous des yeux. puis au-dessous des oreilles, et venaient se joindre derrière la tête, un peu au-dessous de la nuque où elles étaient nouées : la bride supérieure passait par le sommet de la tête et venait se rattacher aux précédentes.

De cette façon j'obtins une fixité qui ne laissait rien à désirer.

Au bout d'un mois la plaie était guérie, les os étaient parfaitement consolidés, et la physionomie avait repris son expression habituelle.

RAPPORT SUR LE SERVICE DENTAIRE DE L'INTERNAT MUNICIPAL DE LA VILLE DE PARIS

Par M. HEÏDÉ, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Cette institution, lors de sa fondation après la guerre, était située boulevard Richard-Lenoir. Depuis 1881, grâce aux efforts persévérants de M. Coquerel, on put édifier l'établissement avenue Philippe-Auguste.

M. Coquerel est mort en 1882, et depuis le 1er août 1886 l'établissement a été cédé à la ville de Paris et a pris le nom d'Internat municipal des pupilles de la ville de Paris.

Une clinique dentaire pour les enfants, clinique dépendant de l'Ecole dentaire de Paris, y est installée depuis 1886, et comme le Conseil de Direction m'a fait l'honneur de me désigner pour ce service, je le dirige depuis 1886.

Nombre d'enfants y sont soignés depuis avec zèle par des élèves de 1re et 2e année de l'Ecole et il y a à présent un excellent matériel. Je tiens à mentionner ici, à ce propos, l'empressement avec lequel le directeur de l'Internat, M. Humain, met tout ce qui est nécessaire à notre disposition, afin que le service puisse bien fonctionner.

L'hygiène générale de ces enfants est excellente, leur nourriture très substantielle, il y a des dortoirs spacieux et une cour de récréation très vaste. Aucun surmenage intellectuel; une grande partie de la journée est occupée par le travail manuel, à la forge,

à l'atelier de menuiserie, etc. C'est un fait acquis que la carie est fréquente chez les écoliers dont les succès sont remarquables. Chez les enfants envoyés tout petits à l'Ecole, souvent l'éruption des dents définitives est prématurée, et celles-ci sont de mauvaise qualité. Les enfants sont rarement malades. Le distingué Dr Daumas fait une visite journalière à l'Ecole.

Il y a peut-être exagération dans les théories chimiques de la nutrition à attribuer à la dérivation des phosphates vers le cerveau les accidents dentaires dus à l'étude excessive et prématurée. Mais le fait de cette altération est vrai et n'a pas échappé aux praticiens.

Actuellement un nouveau matériel vient d'être installé, comprenant un fauteuil Mamelzer avec accessoires, une vitrine de pharmacie, des daviers et autres instruments. Pour l'année prochaine, l'aimable économe de l'Internat nous a promis d'user de toute son influence pour nous procurer encore un fauteuil, qui nous serait absolument nécessaire vu l'augmentation du nombre des enfants cette année.

La clinique est ouverte le premier jeudi de chaque mois, excepté pendant les mois de vacances, et les enfants sont soumis deux fois par an à une inspection buccale. S'il y a des dents permanentes cariées à soigner, ils sont inscrits. Les extractions des dents temporaires qui occasionnent des troubles sont faites le même jour.

Quant aux soins journaliers, chaque enfant a sa brosse et le règlement lui accorde à présent le temps nécessaire pour la toilette du matin, y compris le nettoyage des dents. Si un enfant se présente au fauteuil avec une bouche mal entretenue, il est puni. Grâce à cette mesure, nous voyons actuellement moins de tartre mou sur les dents et moins de gingivites, et par conséquent les dents sont dans de meilleures conditions hygiéniques.

Cette clinique infantile donne à observer, à l'âge de 7 à 8 ans, des dents poussant dans une direction vicieuse, soit en raison d'un développement incomplet de l'un des maxillaires, soit par suite de la présence tardive d'une dent de lait, ou d'un fragment la faisant dévier de sa position normale. Il faut aussi signaler la carie des premières grosses molaires permanentes.

De 8 à 10 ans on voit se reproduire les mêmes particularités; la carie en allant quelquefois jusqu'au 3e degré : fractures des incisives, suites de chutes ou d'autres traumatismes.

De 10 à 12 ans, l'étroitesse de la mâchoire se fait remarquer; les dents permanentes complètement développées sont trop grandes par rapport au maxillaire, qui n'a pas encore terminé sa croissance. Le moment d'intervenir avec les appareils de redressement approche, mais, comme les visites sont assez éloignées, nous y remédions soit par l'extraction d'une première molaire cariée, ou, dans quelques cas exceptionnels, par celle de la première molaire, la canine trouve alors la place qui lui est néces-

saire. A partir de 12 ans, la carie devient plus fréquente chez quelques élèves. Nous avons pu constater une grande prédisposition à la carie par suite de la faiblesse structurale des dents et certains d'entre eux ont besoin de soins assidus et prolongés.

RÉSUMÉ DES OPÉRATIONS FAITES

Obturations plastiques

	sup. droite	gauche	inf. droite	inf. gauche
1re grosse mol.	sup. droite	gauche	inf. droite	inf. gauche
à 9 ans	10	11	14	14
» 10 »	»	2	3	»
» 11 »	2	4	7	13
» 12 »	2	4	2	3
» 13 »	»	»	3	»
2e grosse mol.	sup. droite	gauche	inf. droite	inf. gauche
à 10 ans	4	5	4	2
1re pet. mol.	sup. droite	gauche	inf. droite	inf. gauche
à 10 ans	2	»	»	»
2e pet. mol.	sup. droite	gauche	inf. droite	inf. gauche
à 12 ans	8	»	»	»
canine	sup. droite	gauche	inf. droite	inf. gauche
à 12 ans	2	»	»	»

En tout 121 plombages.

Extractions : 80

Nettoyages : 22.

De l'année 1886 à 1887, il y a eu, sur 100 enfants, 58 obturations, 10 nettoyages et 33 extractions ; de 1887 à 1888 : 27 obturations, aucun nettoyage et 39 extractions ; pendant l'année 1888 : 36 obturations, 12 nettoyages et 8 extractions.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

RÈGLEMENT

Art 1er. — Un congrès international dentaire s'ouvrira à Paris, le dimanche 1er septembre 1889 et durera une semaine.

Art. 2. — Le droit d'admission au Congrès est fixé à 20 francs pour les adhérents résidant en France, seuls soumis à cette cotisation. Les souscripteurs au Congrès auront droit à tous les avantages des congrès officiels.

Art. 3. — Les demandes d'admission devront être adressées, « avec le montant des cotisations », au Secrétaire Général ; le comité prie instamment les personnes qui désirent prendre part au Congrès d'envoyer leur adhésion le plus tôt possible.

Art. 4. — Les réunions auront lieu :

1° Pour les séances d'ouverture et de fermeture, dans une des salles de l'Exposition, au Trocadéro.

2° Pour les séances ordinaires de communications, dans les salles de réunion des deux Sociétés odontologiques, 57, rue Rochechouart et 3, rue de l'Abbaye.

3° Pour les séances de démonstrations, dans les salles d'opérations de l'Ecole dentaire de France et de l'Ecole dentaire de Paris.

Art. 5. — Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés d'en informer le Secrétaire général deux mois avant l'ouverture du Congrès. Ils devront joindre à leur avis un résumé très bref, qui ne comprendra pas plus de trois à six pages in-8° ordinaire, contenant, écrites en français, les conclusions de leur travail. Pour aider la discussion, ce résumé, sera imprimé « in extenso » ou en partie dans le programme qui sera distribué à tous les adhérents, un mois avant l'ouverture.

Art. 6. — Le Congrès sera divisé en plusieurs sections :

1° Anatomie et physiologie normales et pathologiques ;

2° Dentisterie opératoire, thérapeutique spéciale et matière médicale ;

3° Prothèse et orthopédie dentaires ;

4° Déontologie et enseignement.

Les questions traitées seront de deux ordres :

Les unes proposées à l'avance, par le comité d'organisation, les autres librement choisies.

Elles comprendront :

1° Des communications en français, anglais, allemand, italien ou espagnol : *les conclusions devront être en français.*

2° La discussion sur lesdites conclusions ;

3° Des démonstrations pratiques (opérations de dentisterie opératoire ou de prothèse dentaire et présentations d'instruments nouveaux).

Nota. — Les membres désireux de faire ces sortes de communications sont priés d'indiquer d'avance quelle place leur sera nécessaire pour l'installation de leurs appareils et accessoires.

Art. 7. — Les communications pourront avoir une durée de quinze minutes. Le président aura droit, sans consulter l'assemblée, de donner une prolongation de cinq minutes, soit vingt minutes en tout. Ce temps écoulé, il sera nécessaire de consulter l'assemblée.

Art. 8. — Il sera accordé à chaque orateur, cinq minutes pour la discussion et dix minutes, avec l'agrément du président.

Le même orateur ne pourra parler, dans la discussion en cours, pendant une même séance, plus de dix minutes, sans l'assentiment de l'assemblée. Les orateurs qui désireront prendre part à la discussion des sujets mis à l'ordre du jour ou des communications annoncées, pourront se faire inscrire d'avance, en écrivant au secrétaire général.

Art. 9. — Tout travail, qui serait publié autrement que par les soins du Congrès, dans un délai moindre de trois mois, après la session ne figurera que par son titre, au volume des comptes-rendus.

Art. 10. — Toutes les communications relatives au Congrès, demandes d'admission, désignation de questions, ouvrages manuscrits ou imprimés, etc., doivent être adressés au *Secrétaire général, 24, rue de la Chaussée d'Antin.*

Quelques journaux professionnels, parmi lesquels le *Cosmos*, et quelques sociétés odontologiques, demandent quels seront les titres que devront posséder ceux qui voudront prendre part aux travaux du *Congrès international dentaire* qui doit avoir lieu à Paris au mois de septembre prochain.

Le comité d'organisation, après avoir examiné cette question, considérant le but de la réunion, a décidé qu'il y avait lieu d'accueillir libéralement tous ceux qui, à *un titre quelconque*, *s'occupent d'art dentaire*, et qui, en apportant leur concours à l'œuvre du Congrès, viendront ainsi contribuer par leurs travaux ou leurs communications à son succès.

Parmi les journaux qui ont annoncé le Congrès de Paris, nous mentionnerons « The Dental Rewiew », « The Archives of Dentistry », le *Progrès Dentaire*, la *Petite Gazette*.

Les Archives of Dentistry annoncent à leurs lecteurs américains que pour être membre du Congrès on doit verser la souscription. Cette clause ne s'adresse qu'aux dentistes résidant en France et non aux étrangers, ainsi que l'établit l'article du règlement.

Nous avons reçu la lettre sutvante :

Chicago, 8 janvier 89.

Au Secrétaire du Congrès Dentaire International.

Monsieur,

Dans son assemblée mensuelle ordinaire, tenue en décembre dernier, la Société Odontologique de Chicago a adopté une résolution approuvant le Congrès dentaire international projeté à Paris. Le président et le Secrétaire ont été, en conséquence, chargés d'adresser une lettre au Comité d'organisation pour l'assurer de l'appui sincère et de la coopération de la Société. Les membres suivants ont été désignés pour la représenter officiellement au Congrès auquel ils se rendront probablement : Drs A. W. Harlan; F. W. Brophy; W. B. Ames; P. G. Kester et G. W. Wassall.

Votre respectueux,
J. W. WASSALL.
Président.
208, Dearborn-Avenue.

P. J. KESTER
Secrétaire.

AVIS

MM. les membres qui ont adhéré au Congrès, sans joindre leur cotisation, sont priés de l'envoyer sons retard, le Gouvernement ne devant délivrer les cartes qu'aux souscripteurs qui ont versé le montant de cette cotisation.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

COMPTE-RENDU GÉNÉRAL ANNUEL

Séance du 8 janvier 1889

par M. Blocman, secrétaire général.

Messieurs,

J'ai fort peu de chose à ajouter cette année à l'exposé que je vous ai soumis les années précédentes sur les travaux de la Société d'odontologie, sur sa marche et son organisation. En jetant un regard sur la liste des communications faites au cours de nos séances, vous y retrouverez la trace de l'intérêt et du zèle que la plupart des membres de la Société n'ont cessé d'apporter depuis les débuts. Nous suivons avec attention les progrès et les innovations qui se produisent dans notre spécialité chez tous les peuples qui possèdent un corps dentaire organisé, et nous pouvons même ajouter sans forfanterie que nos réunions ont souvent été le point de départ d'études chez nos confrères étrangers. La Société d'odontologie de Paris, qui a fait petit à petit son chemin parmi les Sociétés similaires, est arrivée aujourd'hui à bien marquer sa place ; partie la dernière ou à peu près, elle occupe aujourd'hui dans le monde professionnel une place enviable à plus d'un titre, elle l'a prouvé en la personne de ses professeurs et par les communications qu'elle a adressées au Congrès international de Washington.

L'année dernière une large place avait été prise par la cocaïne, ses indications et contre-indications, son mode d'emploi. Cette question, mise presque complétement de côté, a été remplacée par deux sujets bien à l'ordre du jour : l'un physique, l'électricité dans ses applications à l'art dentaire, l'autre thérapeutique, le traitement des caries au quatrième degré et tout ce qui s'y rattache. M. le professeur Serres, dans deux conférences remarquables, nous a démontré les forces électriques et les différents instruments applicables à notre profession.

En thérapeutique, M. le professeur Dubois nous a fait dans les séances de la Société un véritable cours, absolument original sur le traitement des caries du quatrième degré. M. Touvet Fanton a également présenté plusieurs procédés de coiffage de la pulpe et d'obturation des canaux.

M. le Dr Telschow, dans une de nos réunions, a présenté des instruments déjà en partie connus, mais modifiés en certains points.

Enfin M. le Dr Belin a exposé devant vous certaines propriétés des cristaux pour l'éclairage à froid des cavités humaines et de la cavité buccale en général.

M. le Dr Marié, dans une conférence spéciale, a attiré l'attention sur la micrographie, cette science si particulièrement intéressante et surtout si indispensable pour les recherches pathologiques.

Enfin, messieurs, le Dr Baratoux a bien voulu faire devant vous un exposé des déformations buccales et dentaires dues aux tumeurs adénoides.

Vous le voyez, messieurs, notre Société s'occupe et s'occupe activement de tout ce qui intéresse notre spécialité; nous pouvons donc enregistrer avec satisfaction l'année qui vient de s'écouler, et l'ajouter à nos annales sans crainte de comparaison avec ses devancières.

La marche est désormais établie, rien ne saura l'enrayer; nous nous perfectionnerons tous les jours et nous atteindrons ainsi notre but : la progression constante de la science dentaire.

Voici maintenant les différents travaux que la Société a vus figurer à ses ordres du jour :

PROTHÈSE, PHYSIQUE, INSTRUMENTS

Poinsot. — Présentation d'un fourneau en terre réfractaire. *Odont.*, févr. 1888, p. 81.

Poinsot. — Applications de l'électricité à la chirurgie dentaire. *Odont.*, févr. 1888, p. 82.

Serres. — Les applications de l'électricité à l'art dentaire. *Odont.*, avril 1888, p. 159, et juin, p. 259.

Chauvin. — Du scellement des tubes pour les dents à pivot par l'aurification. *Odont.*, avril 1888, p. 177.

Dubois. — Emploi de la laminaire pour l'écartement des dents. *Odont.*, avril 1888, p. 183.

Heymen-Bellard. — Présentation d'un fauteuil pliant pour voyage. *Odont.*, mai 1888, p. 236.

Poinsot. — Présentation d'instruments. *Odont.*, juin 1888, p. 283.

Dr Telschow. — Application de l'électricité à l'art dentaire comme moyen thérapeutique. *Odont.*, oct. 1888, p. 462.

Wirth. — Présentation d'une machine à vulcaniser et d'un nouveau moufle. *Odont.*, oct. 1888, p. 473

Dr Belin. — Propriétés physiques du métal pour l'éclairage à froid des cavités humaines. *Odont.*, nov. 1888, p. 531.

Barbe. — Nouvel appareil de redressement. *Odont.*, nov. 1887, p. 533, et déc., p. 549.

Heidé. — Reconstitution des dents couronnées. *Odont.*, déc. 1888, p. 551.

Godon. — Méthode spéciale du travail à pont. *Odont.*, déc. 1888, p. 556.

Meng. — Redressement d'une dent. *Odont.*, déc. 1888, p. 580.

Wirth. — Présentation d'un fauteuil. *Odont.*, déc. 1888, p..579.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, HISTOLOGIE

DESCHAUX. — Anomalie d'éruption.
Dr MARIÉ. — Conférence d'histologie.
POINSOT. — Déformation du maxillaire.

CLINIQUE DENTAIRE

CHAUVIN. — Présentation d'aurifications à l'or mou. *Odont.*, févr. 1888, p. 76.

POINSOT. — Dents pathologiques. *Odont.*, févr. 1888, p. 78.

RONNET. — Réimplantation ancienne. — Ossification de la pulpe et accidents consécutifs. *Odont.*, fév., 1888, p. 71.

DEBRAY. — Accident causé par une dent permanente. *Odont.*, mars 1888, p. 126.

PANNETIER. — Avulsion des dents chez les sujets hypnotisés. *Odont.*, mars 1888, p. 131.

HEIDÉ. — Hémorrhagie après extraction d'une dent de lait. *Odont.*, mai 1888, p. 232.

DUBOIS. — Obturation des canaux. *Odont.*, juin 1888, p. 272.

GODON. — De l'hypnotisme en chirurgie dentaire. *Odont.*, juin 1888, p. 283 ; juillet, p. 309.

HEIDÉ. — Statistique des opérations faites à l'orphelinat Coquerel. *Odont.*, déc. 1888, p. 576.

RONNET. — Cas de réimplantation et cas de fracture spontanée observée à la clinique de l'École. *Odont.*, déc. 1888, p. 571.

CLINIQUE CHIRURGICALE ET MEDICALE, THERAPEUTIQUE

GODON. — Abcès du sinus. *Odont.*, févr. 1888, p. 77.

GODON. — Vulgarisation des règles de l'hygiène dentaire. *Odont.*, mars 1888, p. 127.

CHAUVIN ET PAPOT. — Injection d'antipyrine pour l'alvulsion indolore des dents. *Odont.*, mars 1888, p. 132.

GODON. — Nécrose de la cloison inter-alvéolaire, mâchoire inférieure. *Odont.*, mars 1888, p. 134.

DUBOIS. — Traitement de la carie du 4e degré. *Odont.*, avril 1888, p. 178.

TOUVET-FANTON. — Pâte de coiffage pour le traitement de la pulpe enflammée. *Odont.*, avril 1888, p. 233, et juin, p. 276. — Pâte résineuse pour l'obturation des canaux.

Dr BARATOUX. — Déformatious buccales et dentaires consécutives aux tumeurs adénoïdes. *Odont.*, juin 1888, p. 268.

DUBOIS. — Collodion iodoforme pour le coiffage de la pulpe. *Odont.*, nov. 1888, p. 534.

POINSOT. — Addition de l'huile d'arachide à l'huile de vaseline pour les injections de cocaïne. *Odont.*, nov. 1888, p. 534.

TOUVET-FANTON. — Dévitalisation indolore de la pulpe, son insensibilisation immédiate dans certains cas. *Odont.*, déc., 1888, p. 574.

Séance du 8 janvier 1889

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT, PRÉSIDENT.

I. Présentation de couronnes par M. Meng. — II. Réimplantation de deux dents contiguës, par M. Levrier. — III. Présentation d'une pulpe ossifiée, par M. Godon. — IV. Présentation d'une dent avec résorption pathologique, par M. Heidé. — V. Présentation d'un moteur à air comprimé et de son installation due à M. Michaëls, par M. Dubois — VI Rapport annuel du secrétaire général, par M. Blocman. — VII. Appareil de contention de fracture des os propres du nez, par M. Gravollet. — VIII. Appareil de redressement. — IX. Nomination du bureau pour 1889.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. LE SECRÉTAIRE donne lecture du procès-verbal de la séance précédente, qui est adopté sans observations.

I. — PRÉSENTATION DE COURONNES, par M. MENG

M. MENG présente deux patients : 1° une jeune dame, avec une dent à pont qu'il a placée quelque mois auparavant ; 2° un jeune homme auquel il a fixé une dent de Bonwil après traitement rapide.

II. — RÉIMPLANTATION DE DEUX DENTS CONTIGUES, par M. LEVRIER

M. LEVRIER fait une communication sur ce sujet. (Insérée aux travaux originaux).

DISCUSSION

M. POINSOT. — Vous nous avez fait connaître l'état de la membrane péridentaire, mais non celui du cément et de l'ivoire.

M. LEVRIER. — Il y avait un peu de résorption à l'extrémité radiculaire et, aussi de l'exostose ; l'extraction m'a demandé beaucoup d'efforts.

M. POINSOT. — On ne peut pas réimplanter toutes les dents, car les tissus se prêtent plus ou moins à l'opération et il ne s'agit pas de réimplanter, mais bien d'assurer le succès constant de la réimplantation.

III. — PRÉSENTATION D'UNE DENT A PULPE OSSIFIÉE, par M. GODON

M. POINSOT. — A l'appui de ce que je viens de dire je vous présenterai, de la part de M. Godon, une dent à 2 racines et, si on la réimplantait, la réussite ne serait pas égale. Il y a là une ossification complète de la pulpe.

M. GODON. — Cette dent a été extraite à la clinique de M. Tusseau sur un malade de quarante-cinq ans atteint de névralgies ; elle n'est pas cariée du tout, mais on s'est décidé à l'extraire pensant qu'elle était la cause des douleurs éprouvées. Elle a été ouverte, la pince a enlevé des morceaux de couronne, et la pulpe s'est montrée telle que nous la voyons, formant un nodule compact embrassant toute la chambre pulpaire. N'est-ce pas là la cause probable des névralgies ? Le malade en éprouve encore dans la bouche et il a sans doute d'autres dents à pulpe ossifiée.

IV. — Présentation d'une dent avec résorption pathologique, par M. Heidé

M. Poinsot. — Je vous présente également, de la part de M. Heidé, une dent avec une résorption pathologique ; c'est la première grosse molaire inférieure gauche.

M. Heidé. — Cette dent provient d'un sujet âgé de vingt et un ans. La résorption a débuté vers le collet, entamant les racines et la couronne. Il n'y a pas eu de carie au début. Il reste actuellement dans la bouche les fragments excarés des racines. Devant les résistances du patient je n'ai pas essayé de les extraire. La cause m'est inconnue. Je l'attribue à une sorte d'ostéopériostite ayant déterminé une nécrose régressive des tissus durs de la dent.

M. Poinsot. — La mortification de la pulpe, qui est évidente, n'est-elle pas la cause des phénomènes observés?

M. Dubois. — Je ne ferai que quelques courtes remarques sur les cas qui viennent de nous être présentés. Pour l'ossification pulpaire, je ferai observer que le sujet a toutes ou presque toutes ses dents, et on voit que l'ossification est bien la conséquence de la nature des dents elles-mêmes. Dans ce cas, comme dans plusieurs autres qui ont été soumis à la Société, elle est due à l'exagération d'un processus physiologique. D'autres faits s'en déduisent ; nous aurons à revenir sur ce sujet, car nous ne pouvons le discuter à fond ce soir.

Le cas de M. Heidé est plus obscur. Je crois que la résorption étendue que nous avons sous les yeux est due aux mêmes causes que celle qui suit certaines réimplantations. M. Fredel a montré, par une série d'expériences, que la résorption des racines des dents réimplantées se produisait quand la dent greffée était dépourvue de périoste sur un point.

La pulpe n'existe plus, mais je crois que la mortification a été secondaire et non initiale. Le musée de notre Ecole renferme plusieurs cas de résorption de racines non cariées ; la plupart s étaient produits sur des sujets jeunes. Ne pourrait-on pas, pour eux comme pour le cas de M. Heidé, invoquer une malformation congénitale ayant privé la dent de sa membrane alvéolo-dentaire sur un point et ayant donné lieu à la résorption ?

M. Godon. — Au sujet de ma présentation, j'ajouterai que le patient est aussi atteint d'ostéo-périostite. Il est certain qu'il y a eu exagération dans l'apport de sels calcaires, il faut aussi remarquer qu'une racine est nécrosée. Y a-t-il une relation entre cette nécrose et l'ossification ? En tout cas, nous sommes en présence de plusieurs genres d'altérations.

M. Poinsot. — Le cas de M. Godon et celui de M. Heidé paraissent opposés. Le second ferait presque croire à la carie interne ; la carie n'est donc pas due à un accident d'extraction.

M. Heidé. — Le malade m'a lui-même apporté la couronne ; la bouche était dans un bon état général ; la gencive rose ; il y avait une carie dans la dent correspondante de l'autre côté.

M. Poinsot. — Il faudrait nous apporter les racines.

M. Heidé. — La résorption est surtout dans la couronne; les racines sont toujours dans les alvéoles ; elles sont si excavées que l'extraction en sera fort difficile, si celle-ci devient indispensable.

V.—Présentation d'un moteur a air comprimé avec description de l'installation due a M. Michaels, par M. P. Dubois.
(Inséré aux travaux originaux.)

M. Michaels ajoute qu'il sera enchanté de montrer son installation à tous ceux qui voudront bien venir la visiter, et invite gracieusement l'assemblée, d'une façon collective, à se rendre chez lui à cet effet le samedi 12 janvier, de 4 à 6 heures.

VI. — Rapport annuel du secrétaire général, par M. Blocman.

M. Blocman, secrétaire général, donne lecture de son rapport annuel pour 1888. (Inséré d'autre part.)

VII. — Appareil de contention de fracture des os propres du nez, par M. Gravollet.

M. Gravollet lit une communication (insérée aux travaux originaux) sur un appareil de contention de fracture des os propres du nez, et présente le moulage.

VIII. — Modification aux appareils de redressement.

M. Poinsot présente, au nom de M. Meyerhofer, élève de l'Ecole, un appareil de redressement montrant l'emploi du ressort à boudin pour ramener les dents en arrière. L'appareil coiffant les dents postérieures porte à sa partie labiale une bande sur laquelle est fixé un ressort à boudin agissant par le moyen d'une plaquette sur la dent à redresser. L'appareil est trouvé très ingénieux par les membres de la Société. M. le président félicite M. Meyerhofer.

IX. — Nomination du bureau pour 1889.

Il est procédé au scrutin pour la nomination du bureau de 1889.

Le premier tour ne donne pas de résultat pour le président, fournit un vice-président, M. Dubois, point de secrétaire général et deux secrétaires : MM. Legret et Bioux, élus par 17 et 18 voix sur 27 votants.

M. Dubois déclare ne pas accepter la vice-présidence. Un second tour de scrutin donne M. Dubois président, avec 15 voix sur 24.

Après deux tours de scrutin, M. Chauvin est élu vice-président avec 15 voix A la suite d'un troisième tour, M. Papot est également élu avec 8 voix.

Sur la proposition de M. Dubois, M. Blocman est, par acclamation, nommé secrétaire général.

M. Godon. — Je viens d'entendre exprimer des regrets très justifiés de voir partir, en raison des exigences du règlement, notre ancien président, M. Poinsot, qui a dirigé longtemps nos travaux et comme vice-président et comme président. Je me ferai certainement l'interprète des sentiments de l'assemblée en le remerciant de son dévouement et en vous demandant de le nommer, à titre de témoignage de sympathie et de reconnaissance, président honoraire de la Société.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. Dubois demande à l'assemblée de mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance la question des amalgames de cuivre. — Adopté.

La séance est levée à onze heure un quart.

Le secrétaire général,
Blocman.

REVUE DE L'ETRANGER

PROPRIÉTÉS DES AMALGAMES

par Amos Risby.

Il y a grande probabilité que, pendant et après l'obturation, une partie du mercure quitte le point où il est en excès et passe dans la partie sèche d'où il a été exprimé et ce fait se continue jusqu'à ce qu'il soit également distribué dans toute la masse. Il en résulte que le point qui perd du mercure éprouve une diminution de volume, tandis que celui auquel il se rend augmente d'une quantité égale.

Aucun changement dans la forme ne paraît se produire quand le mercure est partout en proportions égales, par exemple dans les cas où l'excès à la surface a été complètement enlevé par une quantité suffisante d'amalgame sec en poudre, ou bien encore dans quelques vieilles obturations où la totalité de l'amalgame a été introduite en masse et simplement pressée sans manipulation. Beaucoup d'anciens praticiens ont vu des obturations de cette espèce imparfaitement faites survivre à d'autres plus soigneusement faites, et j'ai toujours considéré que c'était là l'explication de cette anomalie.

Les métaux, dans l'état qu'on pourrait appeler *naissant*, exigent une plus grande quantité de mercure pour former une pâte et durcissent avec une rapidité beaucoup plus grande, de sorte que les expériences que nous en faisons ne nous donnent pas les conditions dans lesquelles nous employons nos obturations. Le précipité de palladium, tout en exigeant une plus faible quantité de mercure quand il a été conservé un certain temps, ne se prête pas du tout à l'amalgame après avoir été conservé plus longtemps, mais recouvre son pouvoir quand il a été soumis à une douce chaleur, tandis qu'une température trop élevée nuit à une nouvelle amalgamation.

Deux méthodes ont été employées tout d'abord pour faire des recherches : l'une à l'aide du poids spécifique, due à M. C. Tomes ; l'autre consistant à introduire de petites boulettes dans le récipient d'une sorte de thermomètre et à remplir d'eau l'espace vide, le tout maintenu à la température du corps : la dilatation et la contraction étaient indiquées par le niveau de l'eau dans le tube. Ces méthodes ont été bientôt remplacées par d'autres : l'une, entre autres, consistant à placer l'amalgame dans un auget de métal avec une extrémité mobile en contact avec un micromètre à vis. L'auget rempli, la vis était tournée en arrière jusqu'à ce que la substance fût introduite, tandis qu'en la tournant en avant, le plus léger changement de forme était indiqué. On rechercha d'autres indications en remplissant de petits morceaux de tube de verre fermés à une extrémité ; on pensa qu'un verre grossissant montrerait si un changement survenait, spécialement à la surface et cette idée donna de bons résultats. On opéra sur de petites quantités parce que c'est surtout de petites cavités que nous sommes appelés à obturer. On s'aperçut par la suite que cela était important parce que, dans les tubes de large diamètre, différentes méthodes peuvent être employées pour faire des obturations bien ajustées, mais défectueuses. Dans l'un des tubes on intro-

duisit un amalgame d'argent pur. Le lendemain il dépassait tellement l'orifice qu'on redouta une erreur; la partie proéminente fut coupée au niveau du verre et on observa de nouveau, le lendemain, une proéminence d'égale hauteur. D'autres tubes remplies d'amalgame, de limaille d'argent et de précipité d'argent donnèrent le même résultat. Quelques-uns se fendirent sous la force de la dilatation et d'autres se cassèrent en deux, mais quelques-uns restèrent entiers, de sorte que l'amalgame solide non-seulement s'était répandu longtemps après être devenu parfaitement dur, mais encore s'était échappé à l'orifice du tube. J'aurais considéré ce phénomène comme impossible si je n'avais pas lu récemment la description d'un fait analogue se produisant pour une masse de fer froid solide exposée à une forte pression.

Quelques quantités d'amalgame furent placées dans l'auget gradué et toutes subirent une très forte dilatation, atteignant environ au 50° de leur diamètre. Cette force expansive doit faire apprécier ce métal comme obturant. M. John Tomes dit que de la limaille de monnaie d'argent était communément employée comme obturant à une époque relativement récente et j'ai vu une canine supérieure conservée pendant de longues années, grâce à un amalgame de cette espèce fait par le porteur de la dent, un habitant des Indes, qui était très loin des secours du dentiste.

Malheureusement l'argent ne supporte pas la mastication et a le grand inconvénient d'abandonner une portion de son mercure à tout autre métal venant en contact avec lui. Un amalgame de palladium a été mesuré et a donné une expansion considérable, s'étendant dans un cas jusqu'au 25° de son diamètre. Cette propriété est plus remarquable en raison de la faible quantité de matière solide que l'amalgame contient; on peut à peine l'employer s'il n'y en a pas au moins 3 fois autant que de mercure, tandis qu'il opère remarquablement, s'il y en a 6 fois autant que de palladium ; les amalgames de cuivre se contractent facilement quoiqu'ils soient d'excellents obturants dans des conditions convenables.

Par suite de leur usage très général, les alliages d'argent et d'étain nous offrent le plus grand intérêt. Ceux qui contiennent la plus large proportion d'argent se dilatent davantage que ceux qui en contiennent moins, mais en aucune façon en proportion de l'augmentation de ce métal. S'il y a trop d'argent, même tendance à rejeter du mercure qu'avec l'argent pur, ce qui est aussi une propriété de l'amalgame de cuivre.

L'addition d'or en petite quantité, de 4 à 10 ou 12 0/0, augmente la tendance à l'expansion et fait prendre l'amalgame plus rapidement mais, en grande quantité, elle amollit la matière obturante et la fait séparer du mercure très aisément. Une addition de 3 0/0 de platine a le même effet que l'or à maints égards, mais ne modifie pas la tendance à changer de forme.

Un amalgame de 5 parties et demie d'argent pour 6 d'étain se contracte de 1/2000 à 1/500.

Un autre de 8 parties d'argent pour 3 parties d'étain, placé dans l'auget le 10 juin 1872, à 10 heures du soir, se dilata de 1/2000 avant 11 heures et le 20, la dilatation était arrivée à 1/200. La limaille employée était toute fraîche et exigea une grande quantité de mercure pour former un amalgame malléable et prit presque trop tôt pour être employée.

Un amalgame de 5 parties 1/2 d'argent et de 3 d'étain fut essayé le 4 mai à 10 heures du soir ; en une demi-heure il s'était légèrement contracté et en une heure, la contraction était de 1/1500. A 11 h. 20, nouvelle augmentation. Le lendemain soir à 6 heures, légère expansion ; à 10 h. 1/2 elle s'était élevée de 1/2500 ; le 13, l'expansion atteignait 1/600 ; l'action continua légèrement jusqu'au 15, après quoi elle ne fut plus notée. Trois ans après, elle était de 1/400.

Comme exemple de l'action d'un alliage semblable, avec l'addition de 17 0[0 d'or environ, un amagalme fut introduit dans l'appareil le 12 mai à 7 h. 30 du soir ; il durcit en 10 minutes et se contracta d'environ 1/200 ; 20 minutes après la contraction était quelque peu moindre ; en une heure une légère expansion s'était produite qui augmenta en 2 heures de 1/800 ; une heure après elle avait doublé ; en 17 heures elle arrivait à 1/250 et en 24 heures à 1/200. Il ne se produisit pas d'autre mouvement durant deux ans, mais trois ans après la forme générale de la masse avait légèrement changé. Ce spécimen contenait à la fois trop d'argent et d'or pour être d'un usage général, et c'est un des rares qui montrèrent un changement de forme si longtemps après s'être parfaitement durcis.

L'amalgame que j'ai habituellement employé (quoiqu'il ne soit peut-être pas le meilleur) contenait 4 parties d'argent, 3 d'étain, 17 0/0 d'or environ, auquel j'ajoutais parfois — l'avantage qui en résulte est douteux — 1 0/0 de zinc environ.

Une dose de cet amalgame a été essayée le 14 mai ; il se contracta tout d'abord de 1/1000, après quoi il se dilata graduellement jusqu'à ce que, au bout de 14 jours, il atteignit 1/?00. Il ne fut pas examiné de trois ans ; après ce laps de temps il sembla être un peu plus grand et avoir légèrement changé de forme. La limaille d'argent était toute fraîche.

Une autre masse d'amalgame, mélangée dans des conditions différentes, éprouva beaucoup moins d'expansion ; un autre spécimen, préparé avec de la limaille qui avait été limée depuis longtemps, fut essayé en 1874 et éprouva une contraction de 1/1000 en trois jours. Ce changement est tout à fait sans importance et le lingot a conservé parfaitement sa forme et sa dimension jusqu'à présent.

Beaucoup d'autres obturants de fabriques ou préparés à la maison ont été également essayés et quoiqu'ils aient tous montré une tendance à une légère expansion ou à une légère contraction, ils ne diffèrent pas largement du mien, qui avait été préparé pour une durée égale.

Une masse d'un de ceux essayés en décembre 1881 se contracta légèrement et se dilata ensuite d'environ 1/3000.

Une autre a conservé une expansion à peu près égale.

Un spécimen d'amalgame, qu'on prétendait avoir une tendance à l'expansion, montra entre mes mains un degré inaccoutumé de contraction s'élevant dans un cas jusqu'à 1/300. (Un des miens s'était contracté autant).

Le dernier amalgame à citer a fait de très bon travail, mais, malgré cela, une masse placée dans un tube de verre à deux branches parallèles a laissé échapper un peu de sa matière après avoir durci et un autre morceau, placé dans le micromètre, a montré une contraction d'environ 1/600.

En résumé, l'expansion et la contraction des amalgames est une

quantité très incertaine et les tentatives pour la mesurer ont révélé d'autre faits inattendus mais non sans importance. Parmi les premiers placés dans l'auget se trouvait un alliage d'argent et d'étain en quantités équivalentes préparé à la maison mais sans grand soin; une fois dur, il conserva sa forme peu de temps et parut bientôt s'être dilaté, sa surface étant le lendemain matin totalement couverte de petits tubercules qui devinrent plus visibles dans l'espace d'un jour ou deux et se montrèrent même sur des points qui en avaient été débarrassés dès qu'ils y avaient paru. Une légère observation prouva que ces tubercules étaient dûs à des particules d'argent non dissous qui se dilataient plus que la substance environnante, mais prouva aussi que d'importants changements pouvaient avoir lieu parmi les particules d'une masse solide d'obturation longtemps après son durcissement et que probablement un peu de mercure avait laissé la portion d'étain à laquelle il avait été mêlé tout d'abord pour s'attacher ensuite à l'argent.

Après une nouvelle trituration de l'alliage, aucun fait de cette nature ne se reproduit.

Dans une autre expérience, l'amalgame a été placé dans l'auget par couches successives, la couche inférieure étant soigneusement aplatie avec un très petit brunissoir à bout arrondi et chaque autre couche traitée de la même manière. L'opération finie, la partie supérieure était un peu humide par suite de l'excès de mercure qui avait été exprimé en pressant. Celui-ci fut enlevé pour tempérer la sécheresse mais sans soin particulier ; une fois l'amalgame pris, sa longueur fut mesurée et on ne s'en occupa plus avant le jour suivant où il fut de nouveau mesuré. Le matin cependant, cela ne put être fait, car il ne remplissait plus l'auget, ses deux extrémités s'étant courbées à un notable degré ; un autre jour après, le changement était encore plus marqué et, finalement, il offrait l'aspect d'un bateau plutôt que la forme originale d'une barre triangulaire rectiligne. L'expérience fut répétée plusieurs fois, mais les résultats furent toujours semblables.

On pensa que le changement de forme était dû à ce que la surface supérieure de la barre avait contenu plus de mercure que la surface inférieure et que cet excès avait graduellement passé à la partie sèche. Si pareil fait s'était produit, la surface supérieure se serait probablement contractée et raccourcie, tandis que la face inférieure se serait allongée, de là la courbure. Partant de cette idée, l'auget fut de nouveau rempli avec un amalgame quelque peu humide et l'excès de mercure sur la surface fut enlevé. Une quantité d'amalgame très sec, contenant trois ou quatre fois autant de limaille que de mercure, avait été préparée et mise à la place de la portion humide enlevée de façon à égaliser la distribution des métaux. Après le durcissement de la barre, on l'examina maintes fois sans jamais remarquer la plus légère tendance de courbure aux extrémités et elle conserva sa forme tant qu'elle resta en observation. Beaucoup de barres faites de cette façon pour être mesurées sont encore conservées et ne montrent aucun changement de forme à l'extrémité pendant quatre à douze ans; ce qui est un laps de temps suffisant pour les opérations de la pratique.

Fort peu d'expériences ont été faites avec des amalgames absolument secs et en poudre; celles qui ont été tentées ont dénoté une tendance marquée à la contraction, après quoi ceux-ci ont changé

de forme si notablement qu'ils ne pouvaient pas être mesurés, tandis que les pièces témoins, qui étaient faites d'une masse humide et bien séchée à la surface, ont agi d'une façon plus satisfaisante qu'aucun d'entre eux.

Les exceptions à la tendance à la courbure, dans certaines barres composées d'un métal unique, étaient très frappantes. Une barre d'amalgame de palladium, après avoir changé considérablement de forme, reprit graduellement sa première forme, et un ou deux morceaux de Sullivan agirent de même. La seule explication de ce fait, c'est que, ces substances étant dans un état très marqué de division, chaque atome prend autant de mercure qu'il en exige tout d'abord, tandis que les plus gros grains de limaille qui sont employés dans les métaux alliés ne prennent de mercure qu'à la surface et s'approprient ensuite tout le surplus qu'ils peuvent atteindre.

Beaucoup d'expériences ont été faites dans des tubes de verre. Dans plusieurs d'entre elles, l'amalgame introduit dans une masse sans être foulé devint mou dans toutes ses parties en quelques jours. Dans d'autres, l'amalgame était introduit par petits morceaux, dont chacun était soigneusement foulé et enfoncé dans le fond ; la surface supérieure, quoique légèrement séchée, n'était pas soigneusement recouverte de mixture sèche. Tout d'abord toutes les obturations paraissaient bien convenir et les tubes avaient tous une surface supérieure semblable à celle d'un miroir ; quelques jours après la partie inférieure demeura modérément brillante, mais la partie supérieure devint sombre dans tous. Une fois dans cet état, plusieurs d'entre eux furent placés dans une petite coupe contenant de la teinture bleue et fixée à une seringue épuisante qui avait pour but de raréfier l'air contenu dans les espaces existants ; quand l'air pénétrait, la teinture était poussée dans tous les espaces vides, y compris les minces tubes capillaires dans la substance du verre lui-même. La partie supérieure, qui était tout d'abord sombre, se colora profondément tandis que la partie inférieure resta brillante, prouvant ainsi que la substance dans cette partie avait subi une expansion très marquée et que, en même temps, l'autre extrémité subissait une action opposée.

Dans les expériences ci-dessus, il n'y a pas de preuve du passage du mercure d'une partie de la masse de l'amalgame à l'autre, quoique les résultats semblent en indiquer la probabilité. Plus récemment, une autre méthode a été adoptée dans le but de faire la lumière complète.

Deux morceaux de bois dur, maintenus ensemble par un clamp à vis, avaient un trou percé entre eux de telle sorte que chacun d'eux formait un côté d'un espace cylindrique de 3/4 de pouce de longueur et de 1/16 de diamètre. Une charge d'amalgame fut préparée avec plus de limaille que de mercure et introduite dans la cavité en petits morceaux, dont chacun fut soigneusement foulé dans le fond. Le tout terminé, il y avait un grand excès de mercure à la surface, mais le tout devint bientôt passablement dur. Aussitôt ce durcissement, la masse fut enlevée en ôtant le clamp et en séparant les côtés ; le morceau fut coupé en deux à une distance égale des deux extrémités et les deux parties furent réduites à un poids égal en enlevant à l'une pour ajouter à l'autre. Les poids furent soigneusement notés. Un autre cylindre d'amalgame fut fait de la même

manière, mais, au lieu de le diviser tout d'abord, on le laissa pendant dix-sept jours, après quoi il fut coupé en deux portions de poids égal. Tous les morceaux furent alors exposés à une chaleur suffisante pour chasser le mercure ; ensuite chaque morceau fut pesé de nouveau pour connaître la quantité de mercure qu'elle avait contenue. Les résultats furent les suivants :

POIDS DE LA PREMIÈRE BARRE

Extrémité supérieure............	27 gr.
Après avoir chauffé	12 3/4
Perte (de mercure)................	14 1/4
Extrémité inférieure.............	27
Après avoir chauffé..............	15 5/8
Perte (de mercure)...............	11 3/8
Excès de mercure dans la partie supérieure, par-dessus l'extrémité inférieure	2 7/8

POIDS DU SECOND CYLINDRE

Extrémité supérieure	27 gr. 1/2
Après avoir chauffé	15 —
Perte (de mercure)	12 1/2
Extrémité inférieure	27 1/2
Après avoir chauffé	15 3/8
Perte (de mercure)	12 1/8

Excès de mercure restant dans la partie supérieure 3/8 gr. seulement (1/6 du premier morceau).

Bien entendu, il est impossible de prouver que la partie supérieure de chacun de ces tubes contenait, après le foulage, exactement la même quantité de mercure, mais plusieurs masses donnèrent des résultats semblables. Il semble donc qu'on s'est rapproché de la preuve positive que, après durcissement de la masse obturante, une quantité de mercure pesant à peu près 2 gr. a passé de la partie supérieure à la partie inférieure. Il y avait cependant un excès de 3/8 gr. demeurant encore à la partie humide, mais il aurait probablement suivi l'autre si on lui en avait donné le temps. Assurément, aucun semblable excès de mercure ne serait laissé dans la pratique à la surface d'une obturation. Il l'a été dans ce cas pour rendre l'expérience plus frappante.

Un cylindre fait de la façon indiquée n'est resté que deux jours avant d'être divisé, et il a paru alors avoir un excès d'environ un grain de mercure à la partie supérieure, cela dénotant ainsi un déplacement partiel de ce métal.

Une autre expérience intéressante a été faite sans donner de déplacement du mercure. Un trou fut presque rempli d'amalgame humide et l'excès de mercure enlevé. L'extrémité supérieure fut alors remplie d'amalgame sec ne contenant qu'un quart de son poids de mercure. Une fois divisé et traité comme dans les autres cas, il contenait exactement la même quantité de mercure à chacune de ses deux extrémités. Cette quantité égale était, jusqu'à un certain point, un fait accidentel, mais la tentative pour obtenir une pareille condition est probablement la meilleure voie pour réussir,

en employant cette catégorie puissamment efficace de matières obturantes.

(*Journal of the British Dental Association.*)

L'ART DENTAIRE AUX ETATS-UNIS

Par M. Ch. Godon

L'Art dentaire aux Etats-Unis. —Rapport à l'Association générale des Dentistes de France. — Résumé sommaire des travaux de la 18e section du Congrès de Washington, par P. Dubois, directeur de l'*Odontologie*, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, délégué de l'Association générale des Dentistes de France au Congrès international des sciences médicale de Washington. — 56 pages. Paris. — Berthier, 1888.

L'Enseignement et l'Organisation de l'Art dentaire aux Etats-Unis. — Rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique par le Dr Kuhn. — 299 pages. — Paris. — Octave Doin, éditeur. 1888.

Notre groupe dentaire français a eu la bonne fortune d'être représenté au Congrès médical international de Washington de 1887 par deux de ses membres les plus distingués : M. P. Dubois et M. le Dr Khun. Les Français voyagent peu, dit-on, — c'est pourquoi nous sommes le plus souvent si mal renseignés sur ce qui se passe dans les pays étrangers. Aussi, lorsque des confrères dévoués veulent bien quitter leur famille, leurs amis, leur clientèle, pour aller porter, au delà de l'Atlantique, un écho de l'Art dentaire français, nous devons leur en être très reconnaissants. Mais notre reconnaissance doit être plus grande encore lorsque, de retour dans notre pays, ils viennent, dans des rapports comme ceux que je vous présente aujourd'hui, nous rendre compte de leur voyage, de leurs impressions, et nous faire un récit aussi complet de la situation de notre profession dans le pays qu'ils ont visité.

C'est pourquoi nous avons tous applaudi lorsque, se faisant notre interprète, le président de l'Association remettait, à la séance d'inauguration, deux médailles d'or aux deux délégués qui avaient si heureusement rempli leur mission.

Notre confrère et ami M. P. Dubois, dès son retour de Washington, s'est mis à l'œuvre (septembre 1887). Chaque mois, il nous a donné dans l'*Odontologie*, sous ce titre, « l'Art dentaire aux Etats-Unis », avec le compte rendu des travaux de la section dentaire du Congrès, un article sur l'état de notre profession en Amérique.

Nous avons tous lu avec le plus vif intérêt cette série d'études si complètes sur l'enseignement de notre art, sur ses nom-

breuses écoles dentaires, sur sa législation avec ses réglementations spéciales dans chaque Etat, sur ses multiples sociétés professionnelles et ses nombreux journaux, ainsi que les commentaires autorisés qui les accompagnaient.

Par la part si active que notre confrère P. Dubois a prise au mouvement de réforme de notre art entreprise depuis ces dix dernières années en France, il se trouvait mieux placé que personne pour remplir avec succès la mission que lui avait confiée l'Association générale des dentistes de France : Aller aux Etats-Unis pour y apprécier sans parti pris, sans partialité, l'immense développement de l'art dentaire, ses causes et l'étendue véritable des résultats obtenus.

La mission a été remplie à la satisfaction générale.

Cette série d'études vient d'être très heureusement réunie sous forme de brochure. C'est un précieux document, que tous nos confrères voudront avoir dans leur bibliothêque.

Notre sympathique confrère, M. le Dr Kuhn, en même temps qu'il était délégué par notre Association, avait été chargé également d'une mission d'études par le ministre de l'instruction publique.

Il vient de faire paraître sous le même titre, « l'Art dentaire aux Etats-Unis », le rapport qu'il adresse au ministre.

La question est assez vaste, assez intéressante, pour qu'elle puisse être ainsi traitée par deux confrères si compétents et si autorisés, qui, de retour de ce remarquable pays, notent ce qu'ils ont vu, ce qui les a frappés, ce qui leur paraît digne d'être cité.

Les faits sont les mêmes, mais les impressions peuvent différer quelque peu; les récits se complètent l'un par l'autre; cette abondance de documents ne peut nuire. le lecteur tire ses conclusions; la profession tout entière en bénéficie.

D'ailleurs, M. le Dr Kuhn avait une mission déterminée : faire un rapport au ministre sur l'enseignement et l'organisation de l'art dentaire aux Etats-Unis. Aussi, dans son rapport, il paraît avoir surtout en vue de tirer de son étude des conclusions pour une organisation légale de l'art dentaire en France.

Tout son ouvrage se ressent de cette préoccupation très légitime.

Il examine l'enseignement de l'art dentaire en Amérique, nous montre sa genèse et sa situation actuelle avec les écoles dentaires. Il étudie les législations de chaque Etat, les met en parallèle avec celles des différents pays d'Europe et particulièrement de la France.

Il passe ainsi en revue l'organisation de notre art en Angleterre, en Allemagne, en Autriche, en Belgique, en Espagne; puis, comparant, il conclut :

« 1° Que l'exercice de l'art dentaire, tel qu'on le pratique dans le monde entier, constitue une profession autonome, radicale-

ment distincte de l'exercice de la médecine, quelle que soit la spécialité du médecin. »

Il demande :

« 2° Que l'Etat reconnaisse et organise l'art dentaire. »

Nous ne pouvons qu'applaudir des deux mains à la première conclusion et constater avec satisfaction que c'est la première fois, en France, que nous la voyons formulée d'une façon aussi nette dans un rapport adressé par un délégué officiel, gradué en médecine, au ministre de l'instruction publique.

Cette proposition, que nous défendons depuis près de dix ans, a donc fait son chemin.

Ceux qui paraissaient tout d'abord devoir en être les adversaires les plus convaincus sont obligés, après une étude impartiale de la question, en présence de documents comme ceux dont les ouvrages de MM. Kuhn et Dubois sont remplis, de s'en faire les propagateurs.

Nous félicitons bien sincèrement M. Kuhn de la netteté de sa déclaration et du précieux appui qu'elle nous donne.

Quand à la seconde proposition, nous sommes obligés de faire toutes nos réserves.

Nous ne croyons pas l'intervention de l'Etat nécessaire. Nous ne nous trouvons nullement humiliés de n'être pas reconnus. Nons pouvons plus facilement donner cours à notre libre initiative, qui nous semble meilleure à tous les points de vue, et dont les résultats, après dix ans d'efforts, peuvent faire foi.

Nous pouvons dire, comme l'Italie, que l'art dentaire *fara da se.*

Cependant si ce que je ne puis souhaiter, cette intervention de l'Etat devait nous être imposée, si elle devenait inéluctable, nous préfèrerions encore celle que propose notre sympathique confrère à toutes les autres.

« L'exercice libre, le diplôme d'état facultatif » comme cela existe en Allemagne, pour l'art médical et l'art dentaire, et en France, pour les vétérinaires, les ingénieurs, les architectes, etc. (Je dois faire encore une réserve pour le titre proposé « dentiste bréveté » qui ne peut être accepté, le seul titre consacré par l'usage est celui de « chirurgien-dentiste. »)

Comme on le voit par cette trop courte étude, l'ouvrage du Dr Kukn est des plus intéressants ; on y trouvera (comme dans celui de M. P. Dubois) des renseignements des plus utiles et des plus précieux.

Nous ne pouvons que conseiller à tous nos confrères de les avoir et surtout de les lire ; ils y puiseront une idée exacte sur les causes du puissant développement de l'art dentaire aux Etats-Unis. Puis, considérant combien ce développement aurait pu être un danger pour nos nationaux, ils apprécieront mieux les efforts de ceux qui se sont dévoués à l'œuvre du relèvement

de notre art dans notre pays, et comprendront mieux la nécessité d'y apporter toujours un actif concours.

Car, pour terminer comme notre confrère P. Dubois:

L'Union fait la force.

Ch. Godon.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSEMBLÉE DES ASSOCIATIONS DENTAIRES AMÉRICAINES DU NORD ET DU SUD

Le Dr Louis Ottofy, de Chicago, donne lecture du rapport de la section d'enseignement, de littérature et de bibliographie. Beaucoup d'écoles ont augmenté le programme des études et perfectionné leurs méthodes d'enseignement. Jamais il n'y a eu autant d'écoles que maintenant (29), comprenant (pour l'année scolaire 87-88) 1,937 étudiants, soit une augmentation de 299, sur lesquels 746 ont été gradués, soit une augmentation de 138. Dans chaque école on exige que les étudiants suivent deux sessions complètes de cours antérieurement à la graduation ; onze d'entre elles demandent trois années d'études et trois écoles que les étudiants suivent trois sessions complètes de cours (1). La longueur de l'année scolaire tend à être uniformisée. Elle varie actuellement de vingt-neuf à trente semaines. La section voudrait que la durée des études fût portée à sept mois, du 1er septembre au 30 mars. Sur les 29 collèges, 7 sont indépendants, 4 reliés à des collèges médicaux et 18 font partie d'universités ; parmi ces derniers 11 sont reliés à des institutions destinées à les rendre plus utiles.

La vente des diplômes a complètement disparu; les diplômes *honoris causa* sont rarement décernés et les diplômes *in absentia* ne sont plus accordés.

Conformément à une résolution de l'Association dentaire américaine relative à l'introduction de l'enseignement des éléments de l'histologie dentaire, de l'anatomie et de l'hygiène dans les écoles publiques, le secrétaire a adressé 120 lettres aux chefs d'établissements d'instruction dans les villes de plus de 18,000 habitants. Trente-deux ont répondu représentant une population scolaire de 600,000 élèves. Après avoir examiné la question, la section est d'avis que cet enseignement peut être introduit dans vingt grandes villes au moins et qu'on ne rencontrerait pas de difficultés dans les petites

---

(1) Sans exigence des trois années, plusieurs écoles ont deux sessions par an (Note du traducteur.)

villes et dans les écoles de villages. Le moyen à employer consisterait dans la publication d'un livre ou d'une brochure à fournir aux établissements d'instruction adoptant l'étude de la physiologie dentaire et de l'hygiène.

D'autre part,

L'Association nationale des Facultés dentaires a adopté les résolutions suivantes :

Par mesure de courtoisie, quand un étudiant quitte un collège pour passer dans un autre, le doyen de ce dernier est prié d'écrire à son collégue du premier pour lui demander s'il y a des inconvénients à ce passage, et cela que l'étudiant ait un certificat d'examen ou non.

L'assemblée est d'avis que la durée de l'enseignement dans tous les collèges dépendant de l'Association devrait être de trois années, pendant cinq mois par an au moins, que les délégués doivent soumettre cette proposition à leurs Facultés respectives et rapporter leur réponse à sa prochaine réunion annuelle de façon à ce qu'une décision puisse être prise sur la question.

MISCELLANEA

L'Actinomycose

On désigne sous le nom d'actinomycose une maladie contagieuse causée par la présence dans le corps d'un parasite végétal, à forme radiée, l'actinomyces. C'est une maladie qui a été étudiée surtout à l'étranger, en Allemagne, en Russie, en Angleterre, où elle paraît plus fréquente. Bollinger (de Munich) décrivit pour la première fois ce parasite et reconnut en lui un végétal qui produit par sa pullulation des tumeurs ayant leur siège dans les mâchoires des bêtes à cornes. Ces tumeurs étaient connues des vétérinaires sous le nom d'ostéosarcome, de cancer et de scrofule des os. Elles sont d'une couleur blanchâtre, d'une consistance ferme et renferment par places des petites masses jaunâtres ressemblant à de petits abcès. Le râclage de ces masses donne de petits grains jaunâtres de la grosseur d'une graine de chènevis, qui sont constitués au microscope par des filaments de groupement et de forme variables. Harz a reconnu que ces parasites appartiennent au groupe des mucédinées.

L'affection ne paraît par très rare en Allemagne et en Autriche, car les communications ont été assez nombreuses sur se sujet et Rotter (de Berlin) en a observé cinq cas en huit mois.

Les aspects multiples, sous lesquels se présente la maladie, ont pu égarer le diagnostic. Pour le moment, on a classé les formes cliniques en trois catégories :

1° Celles qui sont produites par la pénétration du parasite par la cavité buccale, dents cariées, fistules dentaires, amygdales, muqueuses du palais, et qui se manifestent par des maladies des mâchoires et du cou;

2° Celles qui tirent leur origine du poumon ; le parasite s'introduit par la muqueuse lésée ou non des voies respiratoires et développe des accidents du côté des poumons, des lèvres, du péricarde, de la paroi thoracique ;

3e Enfin celles qui se manifestent par des affections abdominales ; ici le parasite pénètre vraisemblablement par la muqueuse intestinale et envahit ensuite les organes abdominaux, ainsi que la paroi abdominale.

Dans certaines circonstances, chacune de ces formes cliniques peut se compliquer d'accidents qui ressemblent à ceux de la pyémie chronique ; c'est qu'alors le parasite a pénétré dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, infectant tout l'organisme et provoquant des lésions locales terminées habituellement par suppuration.

Dans le premier groupe de faits observés chez l'homme, on voit survenir des tumeurs d'aspect inflammatoire dans la région de la mâchoire inférieure, rarement dans la mâchoire supérieure. Les tumeurs se développent très lentement en général, ont les dimensions et la dureté d'un noyau de cerise ; elles occupent la région sous-maxillaire, l'angle de la mâchoire, la région de l'arcade zygomatique ; mobiles et indolentes quelquefois pendant plusieurs années, elles finissent par devenir molles, adhérentes, douloureuses ; si on les abandonne à elles-mêmes, elles s'ulcèrent et donnent issue à du pus renfermant les colonies parasitaires. Les tumeurs peuvent se multiplier et envahir successivement le cou, le larynx, la région claviculaire et rester fistuleuses après avoir développé une inflammation phlegmoneuse circonscrite autour d'elles. Si la maladie débute par la mâchoire supérieure, les petites tumeurs envahissent les joues et la région temporale, et plus profondément la colonne vertébrale et la base du crâne ou elles développent des accidents inflammatoires. Rotter a cité un exemple de ce genre d'évolution, et on comprend que, dans ces conditions, la maladie présente l'aspect clinique d'une carie vertébrale. Esmarch a insisté sur l'induration très prononcée qui entoure les abcès comme étant caractéristique.

Comment l'actinomycose se développe-t-elle chez l'homme ? Comme la maladie paraît plus fréquente chez le bétail, on a pensé qu'elle était transmise des animaux à l'homme par suite d'une contagion ou par l'alimentation avec des viandes infectées. Mais l'observation des cas devenus plus nombreux dans ces derniers temps a fait justice de cette opinion, de sorte que beaucoup d'auteurs, avec Israël, pensent que l'homme et les animaux s'infectent à des sources communes. Jensen croit que le parasite existe sur certaines graminées en Danemark et que l'orge, par exemple, pourvue de longues barbes, peut occasionner sur la muqueuse buccale des animaux des blessures légères qui servent de porte d'entrée au champignon radié. Johne, de son côté, a trouvé sur les amygdales des porcs des barbes de graminées, d'orge surtout, qui étaient couvertes d'un champignon très analogue, sinon identique à l'actinomyces. Soltmann raconte qu'un jeune garçon fut atteint de la maladie après avoir avalé un épi d'orge sauvage, et eut des abcès de la paroi thoracique dans le pus desquels on retrouva les colonies parasitaires et des restes de l'épi avalé.

Le pronostic de la maladie varie naturellement selon que l'infection est locale ou générale. La mort est la règle lorsque le parasite

a envahi les viscères, mais tant que la maladie reste locale, c'est-à-dire accessible aux moyens chirurgicaux, on peut compter sur la guérison. Le traitement consiste dans l'ablation des nodosités, le grattage et des pansements antiseptiques. Les chirurgiens qui ont eu l'occasion de traiter l'actinomycose de la mâchoire inférieure ont fait valoir les bons résultats obtenus avec de la terre siliceuse mélangée à du sublimé à deux pour mille. On voit, d'après cela, combien il est important au point de vue du traitement de reconnaître le premier stade de la maladie. L. JUMON.

(*France médicale.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons été péniblement surpris d'apprendre la mort foudroyante de notre distingué confrère, M. Brasseur, enlevé à 48 ans en pleine force, en plein succès.

M. Brasseur s'était fait une place à la tête de notre profession par son caractère, par ses travaux scientifiques.

Quoique les événements nous eussent engagés, lui et nous, dans des entreprises longtemps opposées, il était de ceux qui conquièrent l'estime de leurs adversaires mêmes.

Ses collègues et amis l'entouraient de la plus vive admiration, le saluant comme l'âme et le chef incontesté de l'Institut Odontotechnique.

Praticien de grande valeur, il exerçait notre art avec une correction et une dignité impeccables, ne souffrant pas la plus petite défectuosité dans l'exécution des opérations et du travail prothétique.

L'utilisation de l'air chaud l'avait longtemps préoccupé, d'abord avec le gaz, puis avec l'électricité, il était arrivé à réaliser dans les derniers temps un injecteur irréprochable.

La littérature professionnelle lui doit des contributions de valeur : *Application du Polyscope et de la galvanocaustie aux affections de l'appareil dentaire*, la partie odontologique *de l'Encyclopédie Internationale de chirurgie*, Il avait en préparation, croyons-nous, un livre sur la pathologie de la *Carie Dentaire*.

Il avait appuyé sincèrement l'idée d'un Congrès international et nous le comptions parmi les membres les plus actfs de la commission d'organisation dont il était le vice-président.

Il était destiné à occuper une place éminente à la tête des dentistes français et la profession toute entière déplorera sa perte.

Ses collègues, ses élèves entouraient son cercueil. La majorité de notre Conseil de direction s'était jointe à eux. M. Lecaudey avait envoyé une couronne ainsi que la Commission d'organisation du Congrès.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

(Année 1888).

Art dentaire et sciences connexes

OUVRAGES, MEMOIRES, ARTICLES PUBLIÉS EN FRANÇAIS

GALIPPE. — La gingivite infectieuse arthro-dentaire.

BÉRARD. — L'os intermaxillaire, Th. de Montpellier.

BOURDILLON. — Psoriasis et arthropathies.

NOZO. — Etude historique et clinique sur les syphilides psoriasiformes.

DELPLANQUE. — De l'acide cresylique et de ses propriétés antiseptiques.

GALIPPE. — Rotation sur l'axe de la petite molaire supérieure gauche par rétention dans le maxillaire de la deuxième molaire provisoire ; considération sur la résorption des racines des dents de lait. (Journ. des connaissances médicales, 10 janvier 1889).

GALIPPE. — Note sur les altérations des dents sous l'influence d'un séjour prolongé dans le sol. (Soc. de Biol. du 23 juin 1888.)

GOLDENSTEIN. — Faut-il soigner les dents de première dentition ?

HUGENSCHMIDT. — De la cocaïne en injections hypodermiques et de ses accidents. (Bulletin Médical, 9 septembre 1888.)

LATASTE. — Encore sur les deux dentitions des mammifères (Première réponse aux critiques de M. Beauregard.)

LATASTE. — Encore sur les deux dentitions des mammifères. (Journ. des connais. méd. du 23 août 1888).

MAGITOT. — De la nécrose phosphorée, (comptes rendus de l'Académie de médecine, Séances du 27 novembre et du 4 décembre 1888.)

MAGITOT. — Contribution à la thérapeutique des anomalies de direction de l'appareil dentaire. Rotation sur l'axe des deux incisives centrales supérieures. Guérison par la luxation immédiate. (Journ. des connais. méd. du 3 janvier 1889.)

MAGITOT. — Sur un cas de développement excessif d'une dent canine chez l'homme. (Journ. des connais. méd. du 10 janvier 1889.)

MAGITOT. — Note sur la pathogénie des Kystes des mâchoires. (Société de Biologie, séance du 12 mai 1888.)

MAGITOT. — Nouvelle note sur la pathogénie des kystes des mâchoires. (Compte rendu de la Société de Biologie.)

MALASSEZ. — Présentation de préparations microscopiques, dessins et photographies de l'éter et du gubernaculum dentis. (Compte rendu de la Société de Biologie.)

MALASSEZ. — Sur la pathogénie d'un kyste dit folliculaire. (Compte rendu de la société de Biologie.)

MALESPÈNE. — D'un pansement des plaies à l'aide des solutions hydrargyriques et en particulier à l'aide de celles du bi-iodure de mercure. (Th. de Bordeaux.)

MAZET. — Asepsie et antisepsie. (Thèse de Lyon 25 juillet 1888.)

PAILLASSON. — Sur les principaux anesthésiques employés dans la chirurgie dentaire. Chloroforme, éther, protoxyde d'azote. J. B. Baillère.

PONCET et CHAINTRE. — Tumeurs de la glande sous-maxillaire (Gaz. des Hôpit., 14 août.)
POUCHET. — Sur l'évolution des dents du cachalot. (Soc. de Biol. 19 oct. 1885.)
POUCHET. — Sur un kyste dentaire observé chez le cachalot. (Soc. de Biol. 19 oct. 1885.)
TOUINÉ. — Contributions à l'étude des propriétés analgésiques de l'antipyrine. (Th. de Bordeaux.)
VALENCE. — De la parotidite chronique saturnine. (Th. de Nancy, 11 juillet.)

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES, PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

TALBOT (Eugène S.). — Irregularities of the teeth and their treatment. (Irrégularités des dents et leur traitement.)
WARNEKROS (Ludwig). — Das füllen der Zähne bei intacter Pulpa. (Obturation des dents à pulpe intacte.)
STERNFELD (Alfred). — Uber Bissarte und Bissanomalien. (Les articulations et leurs anomalies.)
ABONYI (Joseph). — A fogàszat és mütéteinek rövid kézikönyre. (Manuel abrégé de la dentisterie et de ses opérations.)
HASKELL (L. P.). — The Student's Manual and hand-book for the dental laboratory. (Manuel et guide de l'étudiant pour le cabinet du dentiste.)
FACTS CONCERNING THE TEETH, published by the Minneapolis Dental Society. (Observations sur les dents, par la Société dentaire de Minnéapolis.)
DARBY (Frank B.). — Historical sketch of the sixth District Dental Society of the State of New-York. (Esquisse historique de la Société dentaire du 6e district de l'Etat de New-York.)
MATTISON (G. B.). — Cocaine Dosage and cocaine addiction. (Dosage et addition de la cocaïne.)
EVANS (George). — A pracical treatise on artificial crown and bridge work. (Traité pratique des couronnes artificielles et du travail à pont.)
TRANSACTIONS OF THE ILLINOIS STATE DENTAL SOCIETY, at the 23rd annual meeting, May 1887. (Comptes rendus de la 23e réunion annuelle de la Société dentaire de l'Etat d'Illinois, mai 1887.)
TRANSACTIONS OF THE DENTAL SOCIETY OF THE STATE OF NEW-YORK : 19th annual meeting, Albany, May 1887. (Comptes rendus de la Société dentaire de l'Etat de New-York : 19e réunion annuelle, Albany, mai 1887.)
TRANSACTIONS OF THE DENTAL SOCIETY OF THE STATE OF NEW-YORK : 11th, 12th and 13th annual meetings, Albany, 1879, 1880, 1881. (Comptes rendus de la Société dentaire de l'Etat de New-York : 11e, 12e et 13e réunions annuelles, Albany, 1879, 1880, 1881.)
LAND (C. H.). — Porcelain Dental art. A process of restoring decayed and defective teeth. (La porcelaine en art dentaire, procédé pour la restauration des dents cariées et défectueuses.)
MERIAM (Horatio C.). — Footprints of a profession, or Ethic sin materials and methods. (Souvenirs professionnels.)
CONRAD (William). — Pain obtunders. (Les atténuants de la douleur.)
FOSTER FLAGG (J.). — In absentia (Reply to remarks of Drs. Payne and Bogue before New-York odontological Society). (Pendant mon

absence. Réponse aux observations des Drs Payne et Bogue devant la Société odontologique de New-York).

THIRD ANNUAL REPORT OF THE WISCONSIN STATE BOARD OF DENTAL EXAMINERS Sept. 30 th. 1887. — (Troisième rapport annuel du conseil des examinateurs dentaires de l'Etat de Wisconsin, 30 sept. 1887).

BLODGETT (Albert. N.). — A hand book of dental pathology, for students and practitioners. (Manuel de pathologie dentaire pour étudiants et praticiens.

BRAMSEN (Alfred). — Die Zähne unserer Kinder während des Heranwachsens. Ein Batgeber fur Mütter. (Les dents de nos enfants pendant la croissance. Conseils aux mères.)

MAYO (Florence). — The superior incisors and canine teeth of sheep. (Les incisives et les canines supérieures du mouton.)

DUDLEY VILMOT BUXTON. — Anesthetics : their uses and administration (Les anesthésiques, leurs usages et leurs modes d'emploi.)

TRANSACTIONS OF THE LOUISIANA STATE DENTAL SOCIETY, at the 3rd annual meeting held at New Orléans, commencing February 15 th. 1888. (Comptes rendus de la Société dentaire de l'Etat de Louisiane, dans sa 3e assemblée annuelle tenue à la Nouvelle-Orléans, à partir du 15 février 1888).

PROCEEDINGS OF THE 25 TH. ANNUAL MEETING OF THE NEW ENGLAND DENTAL SOCIETY held at Boston, october 5, 6 et 7 1888. (Comptes rendus de la 25e réunion annuelle de la Société dentaire de l'Etat de New England tenue à Boston les 5, 6 et 7 octobre 1887.)

TRANSACTIONS OF THE 19 TH. ANNUAL MEETING OF THE PENNSYLVANIA STATE DENTAL SOCIETY, held at Glen Summit, July 26, 27, and 28, 1887. (Comptes rendus de la 19e assemblée annuelle de la Société dentaire de l'Etat de Pennsylvanie, tenue à Flen Summit, juillet 26, 27 et 28, 1887.)

FOURTH ANNUAL REPORT OF THE WISCONSIN STATE BOARD OF DENTAL EXAMINERS, sept. 30 th. 1888. (Quatrième rapport annuel du Conseil des examinateurs dentaires de l'Etat de Wisconsin, 30 septembre 1888.)

FILLEBROWN (Thomas). — The relations of the teeth and palate to vocalism. (Les relations des dents et du palais avec la phonation.)

TRANSACTIONS OF THE IOWA STATE DENTAL SOCIETY, 26 TH. ANNUAL MEETING, held at Iowa City, may 1, 4. 1888. (Comptes rendus de la 26e assemblée annuelle de la Société dentaire de l'Etat d'Iowa tenue à Iowa City, 1 au 4 mai 1888.)

H. ALLEN. — On the methods of study of the crowns of the human teeth, including their variations. (D. Cosmos. June 1888). Méthodes d'étude des couronnes des dents humaines et de leurs variations).

BAKER. — Pyohemia of dental origin. (Dublin journ. of med. science 7 p. 6. Pyohémie d'origine dentaire.)

A. G. BENNETT. — Natural Roots and artificial crown. (D. Cosmos. May 1888 Racines naturelles et couronne artificielle).

BIZZELL: — Hydrogen peroxyde as a desinfectant and germicide. *Atlanta Med. a. Sur. Journ.*, mars.) L'eau oxygénée comme désinfectant et germicide.

POVRE. — Lectures on the physical examination of the Mouth and throat. (Lectures sur l'examen physique de la bouche et de la gorge.)

THE DENTIST'S REGISTER. — (Le Registre des Dentistes.)

G. BRUHU. — Die Zähne und ihre Kranckheiten. (Les dents et leurs maladies.

J. N. Farrar. — Syringe for the treatment of pocket disease of the alveolus (D. Cosmos June 1888). Seringue pour le traitement de la maladie de l'alvéole).

R. Grady. — A base of closure of the jaws. (D. Cosmos June 1888).

Haderup. — Die Bezeichnung der Zähne. (Essai de nomenclature dentaire). Correspondenz. Blatt für Zahnärzte.

Ingersoll. — Germ. Potency, line salts, and the teeth. (De la puissance du germe et de celle des sels de chaux dans les dents. (D. Cosmos. June 1888).

Miller. — Chromogenic Bacteria of the human mouth. — Their Relation to the different colors of decayed dentine. (Puissance colorante des bactéries de la bouche humaine. — Leur relation avec les différentes couleurs de la dentine cariée). Ind. Pract. Aug. 1888.

Schuchardt. Absichtliche Vergiftungen beim Menschen mit Kali chloricum (*Deut. Med. Woch.*, 11 oct.) — Empoisonnement volontaire chez l'homme par le chlorate de potasse.

H. Suddouth. — The trend of dental therapeusis. (La direction de la thérapeutique dentaire). Ind. Pract. Aug. 1888.

Rob. Telchow. — Ueber die in der Zahntechnik Gebräuchliche Metalle. (Sur les métaux employés en art dentaire.) Correspondenz. Blatt für Zahnärzte. Juillet 1888.

Thompson. — Operative Dental Surgery. — Dentisterie opératoire.

Tomes. — A Manuel of Dental Surgery. — Manuel de chirurgie dentaire.

Underwood. — Aids to Dental Surgery. — Memento de chirurgie dentaire.

Uhthoff. — Ueber einen Fall von abnormer einseitiger Lidhebung bei Bewegungen des Unterkiefers. (*Berlin. Klin. Woch.*, 3 sept.) — Un cas de soulèvement anormal unilatéral de la paupière pendant les mouvements de la mâchoire inférieure.

Zang. — Vierzehn jährige Trigeminüs-Neuralgie geheilt durch die Extraktion eines unteren Weisheits-Zahnes. (*Deut. Mon. f. Zahnheilk*, avril.) — Névralgie du trijumeau datant de 14 ans, guérie par l'extraction d'une dent de sagesse inférieure.

Montalti (A). — Un caso di avvelenamento acuto per idroclorato di cocaina seguito da morte. (*Sperimentale*, sept.) Un cas d'empoisonnement aigu par le chlorhydrate de cocaïne; mort.

PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

TRAVAUX ORIGINAUX

Janvier 1889.

The british journal of dental science.

Dudley Wilmot Buxton. — When is nitrous oxide a dangerous anœthetic ? (Quand l'oxyde nitreux est-il un anesthésique dangereux ?)

Eliot (George). — On amalgams. (Les amalgames.)

Bland Sutton (J.). — On some congenital pharyngeal tumours. (Les tumeurs congénitales pharingiennes.)

Cunningham (George). — Dental surgery at Guy's Hospital. (La chirurgie dentaire à l'hôpital Guy.)

Cunningham (George). — Implantation of teeth. (Implantation des dents.)

Dental Cosmos.

Talbot (Eugène S.). — Etiology of irregularities of the jaws and teeth. (Etiologie des irrégularités des mâchoires et des dents.)

Ottofy (Louis). — The incipiency of dental caries. (Le commencement des caries dentaires.)

Ottolenguy (Rodrigues). — Implantation of teeth. (Implantation des dents.)

The international dental journal.

Truman (James). — Shock in relation to dental operations. (Choc nerveux dans ses rapports avec les opérations dentaires.)

Bonwill (W. G. A.). — Regulators and methods of correcting irregularities. (Appareils et méthodes de redressement pour corriger les irrégularités des dents.)

Codman (J. T.). — Enforced climate and diet as affecting the teeth. (Influence du climat et de la diète étique sur les dents.)

Harsant (F. A.). — Fractures of the javisand their treatment. — Fractures des mâchoires et leur traitement.

Zahnartzliches Wochenblatt.

Sommer. — Pathologische Zustande wahrend der ersten Dentition. — Etats pathologiques pendant la première dentition.

Bauer (W.). — Einiges über die Verwendung der Goldsurrogate in der Praxis. — Emploi des succédanés de l'or dans la pratique.

Odenthal. — Berich über einen Besuch bei H. Zahnarzt W. Herb in Bremen. — Une visite chez M. Herbst à Brême.

Heinrich. — Ueber den Knoblauchahnlichen Geruch bei Anwendung vom Bromœthyl. — Odeur de l'ail avec l'emploi du bromure d'éthyle.

DIE ZAHNTECHNISCHE REFORM

Grader van der Maas. — Aus der Praxis. — De ma pratique.

Schmidt. — Ein neuer Goldplombirhammer fur Geraden und Winkelschlag. — Un nouveau maillet à or pour coup droit et oblique.

Adler (Louis). — Eine practische Löthlampe. — Une lampe à souder. — Die directe Stopfmethode. — La méthode de bourrage direct.

NOUVELLES

A propos d'un ancien spécimen de pièce à pont présenté à la Société Odontologique de New-York par M. Lawrence, M. Dwinelle parla d'un travail semblable dont il avait eu connaissance.

Voici le passage relatant cette communication :

Je suis heureux que le docteur ait présenté ce travail à pont, qui est très intéressant pour moi, car il me rappelle un travail analogue fait pour mon père, quand il était au Congrès, par un dentiste français de Washington, en 1822. Il était semblable à celui-ci, si ce n'est qu'il embrassait six dents et était soutenu par des pivots placés dans les canines. Il avait été taillé dans une défense d'hippopotame et l'émail était conservé à l'extérieur. J'ignore quelle lumière peut jeter ce cas sur le travail à pont système Low, mais j'espère que nous aurons sous peu occasion de nous en apercevoir.

Le charlatan M. T..., dont nous avons déjà eu à nous occuper à propos de réclames éhontées faites en 1887 à Orléans, a transporté son industrie dans le Limousin.

Les confrères de Limoges ont reproduit dans les journaux de la contrée des fragments de l'article publié dans l'*Odontologie* en décembre 1887, page 614. Nous ne pouvons que les en féliciter. Nous serons toujours heureux d'aider ceux qui voudront se défendre contre les prétendus diplômés du Wisconsin et autres lieux. Il y a là un travail dépuration que nous ne pouvons qu'encourager en appuyant les initiatives locales des intéressés.

Depuis quelque temps, il se présente chez les dentistes une voleuse qui s'introduit généralement en demandant qu'on veuille bien aller chez un patient malade dont elle donne l'adresse.

L'adresse est fausse, cela va sans dire et après sa sortie, on s'aperçoit de la soustraction d'un objet quelconque. Elle a volé chez un de nos confrères de la rue de la Chaussée-d'Antin deux flambeaux; chez un autre cela lui a été impossible par suite de circonstances particulières, sa visite n'a causé qu'un dérangement inutile.

Nous avons jugé utile de mettre les dentistes de Paris en garde. Nous les engageons fort à faire prévenir un sergent de ville, le cas échéant, afin de mettre fin au cours de semblables exploits.

AVIS

Un concours aura lieu à l'École Dentaire de Paris pour un poste au laboratoire de prothèse.

Une affiche placée à l'intérieur de l'École fera connaître prochainement les conditions du concours.

Pour les renseignements, s'adresser au secrétaire général.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU MARDI 12 FÉVRIER

1° Allocution du président;
2° Quelques faits récents sur les amalgames, par M. Paul Dubois ;
3° Extraction d'une dent logée dans les piliers, par M. Ronnet :
4° Une réimplantation, par M. Touchard.

Vol. 9. Paris, Février 1889 N° 2.

L'ODONTOLOGIE

AIDE-MÉMOIRE DU CHIRURGIEN-DENTISTE

La deuxième édition sera mise en vente le 30 mars.

Nous détachons du volume sous presse la préface et l'un des chapitres.

PRÉFACE

La sympathie avec laquelle nos confrères ont bien voulu accueillir la première édition de ce manuel, malgré ses lacunes, malgré ses imperfections, nous avait engagé depuis plusieurs années à une refonte complète de ses matières, en vue d'une deuxième édition.

Les devoirs professionnels multiples qui nous incombent nous ont empêché de consacrer à cette œuvre tout le temps que nous aurions voulu lui donner. C'est ce qui a retardé la publication, et nous oblige aujourd'hui à détacher de l'ensemble de l'ouvrage une première partie, celle qui traite du traitement de la carie dentaire et de la dentisterie opératoire qui y est associée. Ce volume ne touche donc qu'un point de notre pratique, mais c'est l'essentiel, le traitement des dents cariées.

Le substratum de ce petit livre est tiré du cours de thérapeutique spéciale dont nous avons été chargé en grande partie pendant les années 1887 et 1888.

Nous avons dû, pour la publication, sortir un peu de notre cadre d'enseignement et y joindre les notions pathologiques les plus essentielles, celles qui éclairent le diagnostic, qui montrent les indications thérapeutiques et dirigent la conduite de l'opérateur.

La partie pathologique est résumée, d'après les auteurs classiques, Magitot, Tomes, Salter, Wedl, Black, Miller.

La partie thérapeutique est la pratique de l'Ecole dentaire de Paris tel, que l'ont constitué nos maîtres, MM. Levett et Poinsot, et le groupe des jeunes professeurs que le mouvement de ces dernières années a mis en lumière.

Quelques recherches et idées personnelles s'y ajoutent :

L'explication de l'action de l'acide arsénieux sur la pulpe enflammée, et la modification des formules employées jusqu'ici pour obtenir sa dévitalisation, un nouveau mode d'obturation des canaux, l'emploi méthodique des médicaments volatils et des absorbants dans les dents à pulpe mortifiée, la nécessité impérieuse du pansement réellement occlusif si on veut appliquer la méthode antiseptique au traitement des dents cariées.

Des chapitres spéciaux exposent les indications et le manuel opératoire du choix et de l'insertion des différentes matières obturatrices, de l'anesthésie locale, de la greffe dentaire, des différents systèmes de couronnes artificielles, de l'extraction des dents, etc.

Les méthodes, les opérations, les instruments mêmes ne sont présentés et recommandés au lecteur qu'après un choix sévère, afin de lui tracer autant que possible la conduite à suivre dans les cas embarrassants que la pratique soulève.

Il n'existait pas en notre langue de manuel condensant les principes de la chirurgie dentaire avec ses dernières transformations. Puisse-t'on trouver que sous sa nouvelle forme, celui-ci a encore sa raison d'être, et qu'il peut aider le praticien dans une tâche que le progrès rend de jour en jour plus complexe.

Paul Dubois.

24 février 1889.

CONDITIONS, PHÉNOMÈNES ET PRONOSTIC DE LA GREFFE DENTAIRE

On a beaucoup discuté la nature des phénomènes vitaux qui rendaient possible la reprise de la greffe dentaire. Ils sont assez obscurs : pourtant, puisque des travaux récents ont jeté un peu de lumière sur la question, nous ferons connaître les faits primordiaux qui s'en dégagent. La valeur thérapeutique de la greffe est en grande partie subordonnée à la connaissance des causes et conditions de la dent greffée.

A cet égard tous les genres de greffe ne sont pas comparables. L'implantation par exemple, doit avoir des moyens d'union tout différents de la réimplantation ou de la transplantation d'une dent saine ; celle-ci est aussi distincte de la réimplantation d'une dent affectée de périostite chronique et ayant provoqué une ostéite sur certains points de l'alvéole.

Trois théories sont en présence : 1° la réunion mécanique, elle est à peine défendable ; 2° la réunion cicatricielle avec

circulation incomplète ; 3° la restitution *ab integra*. Cette question ne pouvait être éclaircie que par des expériences sur les animaux. Mitscherlich fut le premier qui les tenta :

Chez un chien âgé d'un an j'arrachai la deuxième molaire inférieure gauche et je la réimplantai. Je tuai l'animal au bout de six semaines, je coupai la tête et j'injectai les deux carotides. La dent réimplantée ne différait de la dent correspondante de l'autre côté que par une légère mobilité.

Elle avait conservé sa couleur et son éclat naturels et était parfaitement emboîtée de tous côtés par la gencive. Après l'avoir sciée, je constatai que la pulpe n'était nullement altérée ; elle remplissait exactement la cavité de la dent et contenait les éléments normaux. L'injection n'avait rempli les vaisseaux qu'incomplètement. Le périoste adhérait partout exactement tant à la racine qu'à l'alvéole, et nulle part on ne voyait la moindre trace de suppuration.

(*Mitsch. Sur la transplantation et la réimplantation des dents. Archives générales de médecine. Paris, 1864. T. 1, p. 332.*)

Fredel renouvela dix-neuf fois l'expérience de Mitscherlich. Les difficultés d'extraction, de maintien de la dent réimplantée et l'examen autopsique de l'animal sont très grandes et cette série d'expériences fait honneur à celui qui les a entreprises ; expérimentalement c'est ce qu'il y a de plus important sur la matière. Voici les principales conclusions de son travail :

3° L'intégrité absolue des parties dentaires, particulièrement du périoste, est une des conditions indispensables pour arriver à une consolidation définitive.

4° Lorsque cette intégrité n'est pas absolue, on peut obtenir des résultats temporaires qui peuvent rendre de bons services dans la pratique courante.

8° L'extraction dentaire, contrairement à ce qui a été soutenu quelquefois, semble toujours être accompagnée d'une division du périoste alvéolo-dentaire en deux portions : l'une restant dans l'alvéole dentaire, l'autre accompagnant les racines.

10° Dans nos expériences, la pulpe dentaire s'est constamment mortifiée ; elle a été ensuite partiellement remplacée par un tissu nouveau, accompagné de vaisseaux sanguins et ayant pénétré dans la cavité pulpaire sous forme d'un bourgeon charnu.

12° Lorsque le périoste dentaire est enlevé partiellement, les parties correspondantes de la racine (cément, dentine) deviennent le siège d'une résorption d'étendue variable causée par le travail des cellules ostéoclastes.

14° La consolidation du périoste s'opère beaucoup plus rapidement vers le collet dentaire que vers la racine.

15° La consolidation peut paraître extérieurement parfaite quoique une grande partie de la racine ait disparu.

19° Dans les cas de résection partielle de la racine, suivie de réimplantation, le vide qui en résulte dans l'alvéole est comblé d'abord par du tissu embryonnaire, puis remplacé plus tard par du tissu osseux.

Les observations relativement nombreuses de M. Rollin (1) confirment les conclusions expérimentales de M. Fredel. Les figures suivantes reproduisent les pièces les plus typiques de la collection de M. Rollin.

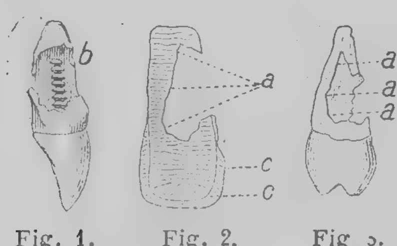


Fig. 1. Fig. 2. Fig 3.

La figure I montre la résorption sur une dent réimplantée huit mois avant.

La figure II montre une dent extraite de nouveau cinq ans et onze jours après sa réimplantation; la pulpe avait été extraite et les canaux obturés. Il n'est pas donné de renseignements sur la dent représentée fig. III.

Ces figures montrent que la racine de nombre de dents greffées se résorbe comme celle des dents de lait.

Il ne faudrait pas inférer de ces exemples que la greffe par restitution soit une mauvaise opération et qu'elle ne doive jamais être tentée.

Dans quelques cas elle a rendu de longs services. M. Bugnot a recueilli un fait de réimplantation exécutée sur M. le Dr Leudet père, qui avait duré vingt ans, quoique la pulpe n'eût pas été enlevée. M. Ronnet nous a fait connaître une observation où la rétention de la greffe avait duré vingt-sept ans. Ces deux cas étaient des réimplantations immédiates sans extraction de la pulpe, sans résection radiculaire.

Un de nos collègues à l'Ecole Dentaire de Paris a dans la bouche une incisive latérale réimplantée après résection du sommet en 1882. On voit qu'en résumé la réimplantation (surtout immédiate et sans résection radiculaire) et la transplantation pratiquées sur un bon terrain peuvent donner des résultats qui sont encourageants. En est-il de même pour un autre genre de greffe, l'implantation ?

L'expérience est plus récente et nous ne pourrons pas citer d'exemples aussi concluants que les précédents, puisqu'elle fut pratiquée la première fois en juin 1885 par Younger, dentiste à San-Francisco.

---

(1) Dental and Oral Science Magazine August 1878, et American System of Dentistry. Vol. II, p. 380.

L'inventeur de l'implantation prétend qu'à certains égards, les conditions sont meilleures par suite de l'état non pathologique de la dent implantée et que cette opération est comparable aux transplantations de dents saines.

Tout d'abord M. Younger maintint la vitalité des dents destinées à être implantées en les greffant dans une crête de coq pour les en extraire le jour décidé pour la greffe humaine; depuis, il a jugé cette précaution inutile et il greffe les dents sèches. Sa première tentative de ce genre fut faite sur une femme de dentiste. L'observation est trop typique pour que nous ne reproduisions pas ses traits essentiels. Nous l'empruntons à une excellente monographie sur l'implantation, due à M. Cunningham, qui s'est fait le vulgarisateur en Angleterre de l'opération de Younger. (G. Cunningham. Implantation of teeth. Journ. of Brit. Dent. Assoc, 1888 p. 759, 811.)

En mars 1886, Mme B..., m'apporta une bicuspide qu'on avait extraite sur sa demande, le 31 janvier 1885, dans la pensée qu'elle était le siège d'une douleur névralgique. Dans l'intervalle Mme B .. avait conservé cette dent dans son porte-monnaie, dans son coffret à bijoux et dans un tiroir de bureau. Elle exprima le désir de voir réimplanter cette dent. Mon premier mouvement fut un éclat de rire, car il me semblait impossible qu'une pareille opération pût réussir... Malgré tout, les réflexions d'Hunter me revenaient à l'esprit. Il avait dit : « Comment la vitalité peut-elle exister indépendamment de la « circulation ? » On ne manque pourtant pas d'exemples d'un degré de vie faible et latent existant dans l'œuf de l'animal ou dans le germe pendant un certain temps sans circulation; et s'il existe pendant un certain temps, pourquoi n'existerait-il pas pendant une portion de la vie ? »

Quoique ce passage ne se rapportât pas directement à l'espèce, il m'amena à conclure qu'il pouvait y avoir dans cet organe desséché une vie endormie qui pourrait se ranimer dans certaines conditions.

J'avais observé que la membrane péridentaire possède une ténacité de vie étonnante au moins dans deux cas où, après avoir été séparée de tout organisme vivant pendant 52 heures, elle était aussi vivace pour s'attacher que si elle avait été réimplantée après son extraction.

Dès lors, pourquoi ne conserverait-elle pas, me demandai-je, cette vitalité pendant des semaines et des mois? Je résolus donc de tenter l'opération à titre d'expérience. Le 11 mars, en présence et avec l'assistance du Dr Warner, qui connaissait bien les détails du cas, j'excavai l'alvéole entre la première bicuspide supérieure gauche et la première molaire, et après avoir laissé la dent dans l'eau à 120° Farenheit, pendant 25 minutes, pour amollir la membrane, je la réimplantai dans la mâchoire qui en était privée depuis 13 mois et 11 jours.

La face distale de la dent étant parfaite et la face proximale ne l'étant point, je tournai la dent. L'opération finie, la dent était si ferme dans son alvéole que je n'appliquai point de ligatures de rétention, et l'union prit place avec la même rapidité que pour une dent fraîche.

La dent conservait si bien sa fermeté que Mme B. s'en servit sans

observer aucune précaution au bout de 12 jours et mangea même une croûte de pain dur. La dent éprouva un choc qui la fit branler et fit saigner abondamment la gencive.

La rétention de la dent était-elle due simplement à la parfaite adaptation des parois de l'alvéole à la racine, pure opération mécanique, ou bien à la vitalité de la membrane péridentaire et à la connexion vitale résultant de l'entourage de la gencive vivante et de la substance alvéolaire ?

Si la rétention était mécanique, l'irritation produite autour, devait provoquer l'expulsion de la dent ; si elle était vitale, celle-ci devait rester et s'affermir. Je me bornai donc à badigeonner la gencive de teinture d'iode et à interdire la mastication de ce côté. En une semaine, les traces de l'accident ont disparu, la dent est devenue ferme et elle est actuellement très solide. J'ai essayé depuis lors, de passer un instrument délicat entre la gencive et la dent, mais cela a causé autant de douleur et l'instrument a rencontré autant de résistance que dans les tissus environnant les dents qui n'ont jamais été dérangées, ce qui prouve clairement que le cément de cette dent, sec et ratatiné comme il l'était, avait conservé, pendant ce long espace de temps où il avait été loin de toute substance pouvant entretenir sa vie, une vitalité aussi vive et aussi fraîche que si on venait de l'enlever du point où il se développait.

J'ai depuis essayé avec un égal succès d'implanter des dents extraites des semaines et des mois auparavant.

La question à résoudre maintenant est celle-ci : Quand le cément meurt-il ?

M. Younger aurait été jusqu'à faire cinq réimplantations dans la même bouche dont, d'après les avis incertains de Cunningham, quatre contiguës. Sur deux cents implantations il a eu connaissance de vingt insuccès.

Un certain nombre d'implantations ont été faites sur des dentistes. Au Congrès de Washington, M. Younger réimplanta en notre présence deux incisives latérales à M. Gartrell, dentiste anglais, les dents tombèrent huit jours après. Mais, de l'aveu du patient, les déplacements, le manque de soins résultant du voyage y furent pour beaucoup.

Le 15 août 1886, M. Younger implanta une incisive centrale inférieure à notre confrère Andrews. Cette opération fut faite dans une séance clinique de la Société Dentaire du premier district de New-York. M. Rhein, dans un rapport à la « Société Dentaire de New-York » en parle ainsi : (1)

Cette dent a été surveillée constamment depuis par le président de votre comité. Elle devint très ferme aussitôt après l'insertion et changea de couleur pour être semblable aux autres, comme elles font toutes. C'était un cas particulier de succès et nous avons vu

(1). Rapport of the Comittee on Dental Practice. Read before the Dental Society of the State of New-York at its twentieth annual meeting, held n the city of Albany, on Wednesday, May 6 th 1888. (The Dental Review.)

maints experts déçus en arrachant des dents implantées. M. Andrews était fier du résultat et tout indiquait un long service à attendre de ce nouveau membre de sa mâchoire inférieure. Mais, en septembre 1887, il s'aperçut que la dent perdait de sa fermeté; il attribua cela à ce qu'il avait mangé du maïs ; il la ligatura et y fit attention. Mais la situation s'aggrava et, le 21 février, votre président enleva la dent et la plaça immédiatement dans une faible solution d'acide chromique. Elle fut aussitôt emportée au laboratoire du professeur Heitzmann et y fut laissée pour être soumise à un examen microscopique. Le résultat est consigné dans le rapport suivant :

« New-York, 8 avril 1888.

La racine de la dent implantée semblait à l'œil nu réduite au tiers de sa grandeur originale, réduction due à des érosions profondes et à des cavités irrégulières qu'ont remplacées les tissus primitifs de la dent : le cément et la dentine.

La dent une fois amollie dans une solution d'acide chromique, la racine fut coupée en tranches minces, présentant au microscope l'aspect suivant : dentine corrodée presque sur toute la périphérie de la racine. On ne peur voir qu'à un endroit une trace de cément. Le bord de la dentine, vers les excavations, est cannelé et formé de lignes en croissants, correspondant à des excavations semblables à des baies qui se suivent en grand nombre avec des dimensions différentes. Les canalicules dentinaux, dans lesquels les fibres dentinaires sont encore reconnaissables, se terminent brusquement le long des bords concaves des baies. Çà et là des espaces fermés de grandeurs différentes aux bords endommagés de la dentine. Les grandes et petites baies ainsi que les espaces sont remplis d'un tissu granuleux myxomateux traversé par de nombreux vaisseaux capillaires, sanguins pour la plupart, remplis de corpuscules de sang.

Aux endroits où les baies sont peu profondes, une faible couche de tissu fibreux conjonctif est adhérent à la dentine. Le tissu myxomateux contient dans beaucoup d'endroits des masses globulaires de dépôts calcaires et, à d'autres, des débris de tissu dentinaux à contours irréguliers, contenant encore des canalicules dentinaux et ayant échappé à la dissolution. Sur une surface les baies semblaient remplies de sérum de sang coagulé, dans lequel étaient suspendus des corpuscules de sang et des corpuscules médullaires isolés ; une hémorragie avait certainement eu lieu là immédiatement avant l'enlèvement de la dent, laquelle amena la destruction du tissu granuleux. La chambre pulpaire est limitée dans la plus grande partie par de la dentine primaire ; une petite portion, cependant, montre la formation de dentine secondaire de la variété ordinaire avec des canalicules étroits et irréguliers. Les dentines primaire et secondaire bordent la chambre pulpaire avec des masses globulaires, traversées par des canalicules dentinaux, mais ne montrant nulle part d'excavations comme celles de la périphérie de la racine. Vers l'apex de la racine, où la corrosion de la dentine est le plus visible, la chambre pulpaire a disparu et la dentine est rongée à une telle étendue qu'il n'en reste que de minces filets. La cause qui a provoqué une destruction si avancée de la racine est la même que celle qui cause l'absorption et la destruction de la racine des dents temporaires avant la chute. »

Le président de l'Association des Dentistes américains a sollicité de tous ceux qui ont fait des implantations la communication de leurs observations, principalement en ce qui concerne le résultat. (*Smith Dental. Implantation Cosmos*, *1888*, p. 803). Les observations totalisées donnent une moyenne de 85 pour cent de succès. Comme la plupart sont récentes, on ne peut accepter le chiffre de 15 pour cent d'insuccès que comme un minimum. La plupart des expérimentateurs pensent que les dents fraîches conviennent mieux pour l'implantation que les dents sèches. Tous ont remarqué que celles-ci prenaient rapidement la coloration des dents voisines.

On doit aussi noter que les corps inorganiques peuvent très bien s'implanter au milieu des tissus, y vivre parfois fort longtemps sans que des troubles appréciables en résultent, ainsi les drains d'ivoire. Miller a inséré dans l'abdomen de lapins des morceaux de dentine sèche stérilisés et il a observé qu'ils s'étaient enkystés dans le tissu connectif. On ne put pas les en extraire sans provoquer des déchirements. Des fragments semblables, mais avec une couche de cément vivant, durèrent plus de trois mois sans donner lieu à aucune résorption.

Comment s'étonner que la dent implantée ne puisse se greffer de même!

L'hypothèse généralement acceptée est que la reprise se fait par union osseuse entre le cément et l'alvéole, comme cela se produit sur les surfaces ankylosées; cela est confirmé par les remarques suivantes : la dent donne un son clair à la percussion, différent de celui observé avec les dents saines, elle n'a pas la mobilité relative de ces dernières.

D'après les patients, qui parfois ont été des dentistes, ainsi qu'on l'a vu, l'implantation ne serait pas excessivement douloureuse. Un avocat, patient de Cunningham, nota ainsi ses impressions :

« 1° Excision de la gencive et détachement du périoste de l'os. « Douleur sans grande intensité.

« 2° Excavation de l'alvéole; très peu de douleur au début, « elle augmenta progressivement jusqu'à l'achèvement de l'opéra« tion.

« 3° L'implantation ne fut nullement douloureuse. En somme, « j'ai moins souffert que je ne le craignais, et la souffrance, « quoique quelquefois vive, n'a jamais été réellement aiguë. Cela « n'est pas comparable à la douleur atroce qui résulte de la « perforation d'une dent. (*Cunningham*, *loc. cit.*). »

Un dentiste, M. Herring, parle ainsi de l'implantation. M. Kirk lui avait implanté une incisive latérale supérieure. « Il y a une « très faible douleur pendant l'opération..... Après on éprouve « de la sensibilité, mais ce n'est en rien comparable à la périos« tite, mais plutôt à une piqûre d'insecte..... Je préférerais subir

« cette opération tous les six mois, à l'obligation de porter une « plaque. » (*Kirk. Implantation of Human teeth Dental Cosmos 1888*, p. 674).

A défaut d'expérience personnelle en la matière, nous avons réuni les principaux éléments d'information. Il en découle que l'opération de Younger n'est pas aussi téméraire qu'elle le semble. Souhaitons que l'avenir confirme cette opinion.

HOTEL-DIEU

SERVICE DE M. LE DOCTEUR TILLAUX.

Clinique du 16 *janvier* 1889.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Leçon recueillie par M. D. BEAUREGARD.

Deux sujets sont présentés à la clinique de ce jour : un homme et une femme, tous deux avec des phénomènes d'inflammation du maxillaire inférieur.

L'homme, âgé de vingt-neuf ans, ressentit, le 21 du mois de décembre dernier, des douleurs intenses à l'angle de la mâchoire inférieure, du côté droit, douleurs accompagnées de frissons, inappétence, etc. Le médecin consulté crut à un embarras gastrique. L'état empirant, le malade vint à l'hôpital; il offrait à ce moment une tuméfaction occupant l'angle de la mâchoire et rayonnant sur toute la partie sus-hyoïdienne latérale droite; rougeur, chaleur, puis fluctuation.

La femme, âgée de vingt-six ans, avait précédemment souffert des dents et s'était fait extraire la première molaire inférieure gauche. Même évolution que pour le malade précédent, mais d'une durée beaucoup moins longue : tuméfaction, inflammation occupant l'angle de la mâchoire inférieure, mais siégeant principalement sur la joue et le sillon gingivo-labial et empiétant légèrement sur la région sus-hyoïdienne, d'où fluctuation et abcès du maxillaire inférieur gauche chez l'homme, et périostite alvéolo-dentaire, ayant pour point de départ une dent cariée, chez la femme.

Pathogénie de la maladie. — L'adéno-phlegmon est l'inflammation primitive des ganglions, siégeant dans la loge de la glande sous-maxillaire, inflammation propagée de la dent aux ganglions par les lympathiques. L'adénite peut rester localisée, mais il arrive souvent que le tissu cellulaire environnant se prend, d'où adéno-phlegmon.

Cette affection est généralement localisée à la région sus-hyoidienne et se trouve presque toujours limitée par l'aponévrose de la région parotidienne.

La périostite alvéolo dentaire, au contraire, ne se borne pas toujours à des accidents d'angioleucite et peut se propager au périoste de la mâchoire, qu'elle décolle sur une partie plus ou moins étendue et peut donner lieu à une fistule qui, elle-même, ne se ferme qu'à l'expulsion d'un séquestre. La durée de cette affection est par cela même prolongée, tandis que l'adéno-phlegmon guérit d'ordinaire rapidement. Il y a cependant des ostéo-périostites qui peuvent présenter un certain degré d'adéno-phlegmon.

Le diagnostic de ces deux affections devient donc difficile et le plus souvent elles sont confondues, mais à côté des signes que nous allons signaler il en est un pathognomonique qui permettra de toujours porter un diagnostic certain. Dans l'adéno-phlegmon, l'angle de la mâchoire se trouve en général libre de tout empâtement et se perçoit facilement au toucher ; le maximum du gonflement et de la douleur se trouve situé au-dessous du maxillaire, au siège précis de la glande sous-maxillaire et de ses dépendances, tandis que dans la périostite alvéolo-dentaire le gonflement est surtout *jugal* et la douleur à la pression *est surtout ressentie dans le sillon gingivo-latéral.* C'est ce dernier signe qui permet d'assurer le diagnostic dans l'adéno-phlegmon. La douleur n'est pas ressentie par le vestibule de la bouche, pas plus que la fluctuation.

Notre malade (femme) affirme, en outre, avoir craché du pus dans la nuit du 14 janvier, ce qui ne peut arriver dans l'adéno-phlegmon, séparé de la bouche par toute l'épaisseur du mylo-hyoïdien.

L'adéno-phlegmon est, en général, une affection légère ; la suppuration se produit du neuvième au dixième jour et, après l'incision, la douleur cesse et est suivie d'une cicatrisation rapide. Il est cependant un genre d'adéno-phlegmon septique et M. Tillaux cite un cas où, chez un malade absolument sain, l'inflammation, circonscrite primitivement au côté gauche, envahit tout le plancher de la bouche qui se sphacéla et finit par gagner le côté droit de la face.

Ce phlegmon, dans la nuit qui précéda l'ouverture chirurgicale, s'ouvrit spontanément par un petit pertuis dans le pharynx et le liquide septique, pénétrant dans les voies aériennes, provoqua quelques phénomènes de suffocation suivis d'une trachéo-

bronchite septique qui se prolongea même après la cicatrisation de la plaie.

M. Tillaux signale encore une troisième affection qui peut être confondue et l'est généralement avec les deux précédentes : c'est l'ostéo-myélite; elle se produit probablement par pénétration par l'alvéole et il est hors de doute que certaines professions exercées dans un endroit malsain, au milieu de matières septiques, doivent y prédisposer.

On ressent généralement au début des douleurs plus ou moins violentes, mais sans que rien d'apparent, hormis la carie dentaire, puisse éclairer sur le diagnostic. L'extraction des dents malades ne soulage pas le sujet; le gonflement suit de près les douleurs et l'on voit s'ouvrir des fistules prenant issue par les alvéoles des dents extraites à l'intérieur, et par les joues à l'extérieur. Les incisions extérieures en pareil cas ne donnent pas de pus et il faut, pour aller trouver le siège du foyer, pénétrer dans l'intérieur du maxillaire. Néanmoins, malgré toutes ces précautions, une partie de la mâchoire qui semble frappée à l'avance, se nécrose et l'affection évolue jusqu'à ce que cette portion soit entièrement détruite.

M. Tillaux pense cependant que la séparation préventive donnerait de bons résultats.

Traitement. — A quel moment convient-il d'ouvrir un adéno-phlegmon? Au début ou quand la fluctuation est manifeste? Velpeau préconisait l'ouverture préventive. M. Tillaux estime, au contraire, avantageux pour le malade d'attendre qu'il y ait de la fluctuation et ce, parce que l'incision précoce soulageant peu ou point les malades et ne pouvant empêcher l'inflammation de gagner les parties voisines, elle devient inutile. M. Tillaux conseille donc d'attendre que la fluctuation soit manifeste et l'incision, faite au moment opportun, soulage immédiatement le malade.

On doit opérer l'incision sans crainte, car bien qu'on sente la fluctuation, l'adéno-phlegmon est toujours profond, et c'est encore là un des signes qui le distinguent de l'ostéo-périostite qui est toujours superficielle.

Des deux sujets présentés à la Clinique de ce jour, l'homme est sorti le lendemain de l'opération et la femme est guérie actuellement.

TUMEUR DU PÉRIOSTE DÉVELOPPÉE SUR LA FACE POSTÉRIEURE DES RACINES DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE DROITE

Par M. Barrié.

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris

Mlle L..., âgée de 36 ans, originaire du Brésil, vint me trouver dans le courant de décembre pour différents soins de bouche et pour l'extraction de racines qui la faisaient souffrir de temps en temps. Elle ressentait une douleur sourde profonde, et cependant supportable, avec irradiations nerveuses passagères dans tout le côté de la face. Selon ses assertions, elle avait commencé à l'éprouver quatre ans auparavant environ, et, d'après les symptômes décrits, elle provenait d'une carie pénétrante compliquée de périostiste aiguë. Elle se plaignait aussi d'une douleur dans le cou et le bras.

Or, dans la périostite, les phénomènes inflammatoires s'étendant de proche en proche, gagnent les parties voisines d'abord, et les parties de plus en plus éloignées ensuite.

Au bout de quelque temps, les phénomènes inflammatoires se dissipèrent graduellement, et une douleur sourde, profonde, survint avec des poussées aiguës alternant avec des accalmies à des intervalles irréguliers.

14 décembre. — Les dents existent à la mâchoire supérieure, sauf les deux secondes grosses molaires dont il ne reste plus que les chicots ; deux caries du second degré (grande incisive gauche et dent de sagesse supérieure droite).

A la mâchoire inférieure, côté gauche, il ne reste plus des première, deuxième et troisième molaires (dent de sagesse), que les racines ; côté droit : la première grosse molaire a été enlevée ; la couronne de la dent de sagesse, siège de la douleur, est détruite par la carie. Les autres dents sont bonnes.

Il n'y a ni tuméfaction de la joue ni de la gencive ; celle-ci offre un peu d'épaississement à la périphérie de l'extrémité libre des racines par trace de suppuration. La percussion sur les racines est légèrement douloureuse, mais ne présente pas ce caractère d'acuité que revêt la périostite aiguë.

Etiologie — Nous décidâmes notre cliente à se faire extraire les racines de la dent de sagesse. Elle avait donné lieu à la production d'une tumeur du périoste assez volumineuse. Je vous la présente avec la racine. Vous me permettrez de vous rappeler en quelques mots ce que nous savons sur l'origine et la forme de ces petits néoplasmes. D'après leur origine, on les divise en deux classes : 1° Celles produites par des affections inflammatoires : périostite aiguë et chronique, abcès sous-périostaux,

kystes purulents, etc.; 2° celles produites par des affections organiques, caractérisées par des modifications de structure intime, avec changements de volume de la membrane.

C'est à cette seconde division qu'appartient celle-ci. Elle a, selon moi, pour origine une affection dentaire, c'est-à-dire la carie comme cause initiale; mais voici ce que dit Magitot :

« Les diverses affections dont l'organe dentaire peut devenir le siège n'ont pas paru exercer une notable influence sur le développement des tumeurs du périoste. Ainsi la carie, par exemple, la plus commune des altérations des dents, nous a semblé y rester complètement étrangère. Les observations que nous avons recueillies portent principalement sur des dents dépourvues de caries (voir pages 274-275, mot « dent » du Dictionnaire encyclopédique). Quatre tumeurs développées sur des racines ou entre les racines de molaires n'offrant aucune trace de carie; et dans les autres cas moins nombreux où ces affections accompagnaient les tumeurs, nous n'avons pu saisir aucune relation manifeste entre les deux maladies. »

Telle n'est pas l'opinion de Pietkewïcz, qui insiste particulièrement sur cette terminaison de la périostite par la production d'une tumeur périostale ayant pour origine, la plupart du temps, la carie.

D'autres affections dentaires que la carie peuvent produire aussi des tumeurs, telles que les irritations mécaniques, corps dur interposé entre deux dents pendant la mastication, les crochets d'une pièce de prothèse, le bord déchiqueté d'une obturation plongeant dans la gencive. (Dubois. Aide-Mémoire du Chirurgien-Dentiste, page 158.)

Le passage à l'état chronique de la périostite se traduit par une hypergénèse des éléments du périoste. La personne de qui provient cette tumeur n'en a jamais eu à d'autres dents; des racines de molaires inférieures côté opposé enlevées depuis, n'ont pas offert la même particularité; l'idée d'une prédisposition doit être écartée.

Cependant, comme mes confrères j'ai vu dans ma pratique la susceptibilité de certains sujets à avoir des kystes, des abcès alvéolaires. Il n'est pas rare de rencontrer dans une même bouche plusieurs fistules provenant de diverses dents et racines malades; d'autres sujets avec des dents et racines arrivées au même degré n'en ont pas évidemment ; étant donné l'extrême fréquence de ces dernières affections, il est plus facile de les observer que les tumeurs du périoste, beaucoup plus rares.

Anatomie pathologique. — Les racines réunies, comme le sont presque toujours celles de dents de sagesse (forme conique à concavité postérieure), vinrent facilement avec la tumeur; pas d'hémorragie abondante comme cela se produit fréquem-

ment. Son volume, assez difficile à déterminer en raison de l'irrégularité de sa forme, peut être comparé à celui d'une noisette. Sa couleur jaunâtre rappelle l'aspect du tissu graisseux.

Magitot, qui a le premier donné la description de ces tumeurs dans un mémoire en 1860, les divise en deux variétés :

1° Les tumeurs extra alvéolaires, c'est-à-dire qui, ayant un point d'origine sur le bord terminal du périoste, font saillie dans la bouche : ce sont les polypes du périoste ; 2° les tumeurs intra-alvéolaires, développées sur un point plus profond de l'alvéole et ne faisant pas saillie à l'extérieur.

C'est à cette seconde division qu'appartient celle-ci ; elle est attachée par un pédicule aplati prenant son point d'attache à 2 millimètres du sommet (de l'apex) de la racine postérieure.

D'après leur constitution anatomique, Magitot les divise en cinq groupes :

1° Tumeurs fibreuses ou hypertrophiques ;
2° Tumeurs fibro-plastiques ;
3° Tumeurs épithéliales ;
4° Tumeurs à myéloplaxes ;
5° Tumeurs à cytoblastions.

A quel groupe appartient celle-ci ?

C'est ce que notre professeur de micrographie, le Dr Marié, pourrait nous dire.

Mais d'ores et déjà, toujours d'après le même auteur, nous trouverons dans l'ordre pathologique les éléments constitutifs normaux de la périostite dentaire, avec cette particularité que l'état morbide a imprimé à ces éléments des modifications variées de nombre, de forme et de volume.

Symptomatologie. — Je n'ai remarqué comme symptômes locaux que l'épaississement de la gencive au niveau de l'organe malade ; la percussion était un peu douloureuse, quelques accidents névralgiques peu accentués ; pas de symptômes de voisinage, enfin pas d'accidents généraux.

L'abscence de la couronne détruite par la carie et, par suite, d'antagoniste a certainement contribue à écarter toute complication et à rendre supportable la présence de cette tumeur dans la profondeur de la mâchoire.

Traitement. — Le traitement tout indiqué pour ce cas est l'extraction ; on conçoit l'inutilité de conserver les racines d'une dent de sagesse dans de telles conditions. Pour une dent dont la conservation serait précieuse, on pourrait tenter la réimplantation, ainsi que dit l'avoir pratiquée en semblable occurrence notre confrère et ami M. Chauvin.

Pour différentes raisons, telles que refus du patient de se laisser opérer, difficultés opératoires, on peut essayer des révulsifs, afin de ramener l'affection à l'état stationnaire, ordinairement très supportable.

Je dois dire que dans mon cas, la médication conservatrice a complètement échoué.

ACCIDENT D'EXTRACTION. — DENT LOGÉE ENTRE LES PILIERS DU VOILE DU PALAIS

Par M. Ronnet, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

M. X... se présente à la consultation de la clinique de l'Ecole un vendredi de novembre dernier.

Il est examinée par le chef de la clinique, M. Tusseau.

Le patient avait une constriction des mâchoires; une suppuration venant de la région des dernières molaires était manifeste, des douleurs s'irradiant dans la joue existaient. Après examen, M. Tusseau conclut à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse de la mâchoire inférieure côté gauche et proposa l'extraction de la dent, qui fut acceptée.

Il y procéda à l'aide de la langue de carpe; après plusieurs efforts, notre collègue eut la sensation d'avoir luxé la dent. A ce moment, le patient fit un mouvement violent pour cracher. L'alvéole fut exploré et trouvé vide, et il semblait au malade, suivant son expression, avoir craché un corps dur. L'opération semblait terminée.

Huit jours après, le malade revint de nouveau à la Clinique, se plaignant de douleurs intolérables dans la région et se prolongeant jusqu'au pharynx. Malgré tous les soins, la constriction persistait. Une inspection nouvelle offrait à considérer des complications du côté du voile du palais. Entre les deux piliers existait une partie rouge indurée; l'inflammation s'étendait à tout le voile. Au centre une petite échancrure de laquelle suintait une suppuration blanchâtre, des fausses membranes existaient.

Ne voulant pas prendre sur lui la responsabilité du diagnostic à porter, M. Tusseau me fit appeler et nous constatâmes alors l'existence d'un corps dur au centre de la petite échancrure et nous conclûmes à la présence de la dent entre les deux piliers.

Il devenait donc urgent d'en faire au plus vite l'extraction, mais le mode opératoire nous paraissait tout à fait incommode, car il était impossible d'approcher la dent sans qu'à la moindre pression elle se déplaçât.

Nous prîmes donc la résolution d'agrandir la partie avec un scalpel, en prenant l'échancrure comme point central. C'était sage, car, après avoir fait une boutonnière d'un centimètre

environ avec une rugine, nous pûmes tourner la dent et la faire sortir de sa loge assez facilement.

Quelques jours suffirent pour remettre le tout en état, et quand nous revîmes le malade, huit jours après, tout était terminé et la guérison était complète.

Nous avons cru intéressant de soumettre cette observation à la Société d'Odontologie, non par suite de la difficulté de l'opération elle-même, mais pour mettre en garde nos confrères contre ce genre d'accidents.

Cette observation n'est pas sans analogues; M. le Dr Ramonat nous en a fait connaître une semblable.

Il faut s'attacher à combiner les efforts d'extraction de manière à rester absolument maître de son instrument et à avoir la certitude de l'expulsion de la dent malgré les difficultés opératoires, malgré les mouvements du malade, afin d'éviter des complications qui peuvent devenir redoutables.

UN CAS DE RÉIMPLANTATION DE LA DEUXIÈME PRÉMOLAIRE INFÉRIEURE GAUCHE

par M. Touchard.

La réimplantation des dents a été pratiquée depuis longtemps. Mais ce n'est guère que depuis une dizaine d'années que la greffe chirurgicale fut appliquée d'une façon méthodique. Les applications à la thérapeutique de l'appareil dentaire ont été démontrées par les Drs Dard et Magitot, dans les travaux qu'ils ont publiés à ce sujet. Les nombreuses observations citées, les résultats obtenus permettent sans contredit de considérer cette méthode comme un excellent moyen curatif dans certains cas où l'extraction semble être le dernier mot. Nous-mêmes nous l'avons pratiquée plusieurs fois et avec succès.

L'observation que nous allons vous soumettre, malgré les conditions défavorables qu'elle offrait, vient confirmer une fois de plus l'excellence de ce traitement.

Le jeune X..., collégien âgé de seize ans et demi, s'est présenté dans notre cabinet le 15 octobre 1888 en nous priant de lui soigner une dent malade depuis deux ans au moins. Il avait eu recours pendant ce temps à deux dentistes, dont un docteur en médecine, mais tous les soins avaient été vains. Nous demandâmes à ce jeune homme quelques renseignements sur la façon dont sa dent avait été soignée jusqu'alors.

Le premier dentiste auquel il s'était adressé en 1887 s'était

contenté de lui appliquer dans la cavité de petits cotons imbibés de laudanum et de chloroforme.

A cette époque, la couronne de la dent présentait à l'aspect une coloration ardoisée, signe caractéristique de la mortification de la pulpe. Au bout d'un mois de traitement une diminution dans la sensibilité s'était produite, et on lui avait obturé l'organe avec du ciment. Malheureusement cette accalmie ne fut pas de longue durée; à la suite de l'obturation, les douleurs redevinrent aussi vives qu'auparavant et ne cessèrent qu'après l'apparition d'un petit abcès qui fit élection à deux millimètres du bord gingival.

Cet abcès, il était pour ainsi dire à éclipse (selon l'expression pittoresque employée par notre client) apparaissait et disparaissait à des intervalles plus ou moins longs ; cette situation se prolongea jusqu'en 1888.

A cette époque, le jeune X..., ennuyé par la fréquence de ces abcès, qui laissaient échapper un peu de pus, s'adressa à un docteur-dentiste.

Celui-ci ne fut pas plus heureux que le premier malgré un traitement qui dura quatre mois.

La dent fut alors abandonnée, la cavité remplie par un pansement occlusif jusqu'au 15 octobre. C'est à ce moment que le jeune homme vint nous consulter.

Nous essayâmes d'abord de traiter la dent par la méthode appropriée au quatrième degré, c'est-à-dire ouverture de la chambre pulpaire, agrandissement du canal et trépanation de l'apex afin de favoriser l'introduction de substances capables de détruire le néoplasme que nous supposions exister, et qui, selon nous, expliquait les accidents muqueux relatés plus haut.

Ce traitement ne nous ayant donné aucun résultat sérieux et l'existence de la dent nous paraissant plus compromise que jamais, nous proposâmes à notre jeune homme un moyen héroïque : l'extraction et la réimplantation de la dent.

Il accepta, non sans hésitation. L'opération fut décidée.

La luxation de l'organe fut faite lentement avec infiniment de précautions afin de prévenir la lésion possible du bord alvéolaire. La dent offrit à notre examen, ainsi que nous l'avions diagnostiqué, un petit kyste dentaire, qui avait son siège au sommet de la racine, l'inflammation du périoste s'était circonscrite à cette région, la racine semblait avoir souffert de la prolongation de cet état pathologique, elle était plus courte que la normale, s'incurvant d'une façon très prononcée dans les deux tiers de sa longueur.

L'ablation du néoplasme nous permit de constater l'absence de dénudation du sommet.

Nous ajouterons, pour compléter la pathogénie de cette dent, que, pendant sa période d'éruption, le jeune X... fut atteint d'une pleurésie grave. Faut-il attribuer à cette maladie les

désordres de nutrition dont cette dent a souffert ? Nous le pensons bien que nous hésitions à nous prononcer d'une manière trop affirmative.

Le premier temps de l'opération terminé, nous avons sectionné l'extrémité de la racine dont les bords furent adoucis avec la lime, puis nous avons procédé à la désinfection du canal avec une solution de sublimé au 2|1000, l'obturation fut faite ensuite avec de la gutta-percha iodoformée.

Quant à la couronne, nous l'avons restaurée avec de l'or adhésif; pendant cette opération, la racine était maintenue dans un linge mouillé d'eau tiède.

L'alvéole détergé avec une solution phéniquée très faible, nous replaçâmes la dent sans plus de formalité. Une petite réaction inflammatoire s'en suivit, mais qui disparut promptement.

L'opération entière ne dura pas plus d'une heure.

Nous préconisâmes des badigeonnages de teinture d'iode pour tout traitement. Le jeune X... vint nous voir deux jours après la réimplantation, nous constatâmes avec plaisir qu'aucun accident consécutif n'était survenu du côté de la gencive (ni vers la joue), et qu'il n'y avait pas de suppuration inter-alvéolaire. Le choc de la dent antagoniste était supporté plus facilement que le premier jour; nous l'avions du reste atténué en meulant les deux cuspides de la dent réimplantée. Les badigeonnages furent continués.

Les 10-11. Etat stationnaire.

Le 15. La mastication sur la dent est devenue normale, la petite tuméfaction avait presque disparu; la dent remuait encore, cependant un travail d'adhérence s'était produit car il aurait fallu un effort réel pour retirer la dent de son alvéole.

Le 22, notre jeune client nous fit une nouvelle visite, la dernière, car la consolidation de la dent était complète et tous les phénomènes inflammatoires avaient disparu. La guérison s'était donc opérée en quinze jours.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE

Allocution de M. P. Dubois

Messieurs,

Qu'il me soit permis de vous remercier, au nom de mes collègues du bureau et au mien, du grand honneur que vous nous avez fait en nous appelant à diriger cette année les travaux de la Société d'Odontologie de Paris. Nous ferons tous nos efforts pour le justifier en contribuant à vous assurer une session fructueuse.

Votre vote unanime a prouvé en quelle haute estime nous tenons le praticien éminent qui a présidé si longtemps nos séances. Les comptes rendus de la Société montrent quelle part considérable il a dans notre extension actuelle. Espérons que comme par le passé, il nous apportera les ressources de son grand sens clinique, de sa vaste expérience pratique.

De par l'intérêt croissant de nos séances, de par l'abondance et l'importance des communications qui nous sont présentées, on peut juger de l'avenir qui nous est réservé comme coopérateurs de l'œuvre du progrès professionnel. Que d'observations intéressantes, que de perfectionnements opératoires, que d'outils ingénieux ont été exposés devant nous! Pourtant notre passé est bien court! Huit, dix ans ne sont rien, quand il s'agit d'instruire une génération, l'arracher à l'arrière-garde et la replacer au rang qu'une longue inaction lui avait fait perdre. Nous pouvons espérer que nos successeurs auront à se féliciter de l'impulsion que nous avons donnée à la profession tout entière, en mettant dans les mains de quiconque veut travailler, veut s'instruire, l'outil du progrès technique et scientifique. Il est inutile de rappeler ici que nous avons toujours lutté contre des tendances opposées qui voulaient par des obligations légales, par l'exigence d'études extra-professionnelles, constituer une corporation dont l'accès aurait été interdit aux pauvres, à ceux qui ne peuvent trop longtemps attendre l'heure du gagne-pain.

Nous n'avons pas à examiner aujourd'hui toutes les conséquences des idées que nous servons, mais seulement comment elles influent sur le progrès, sur la science de notre métier; à nous demander s'il vaut mieux avoir laissé à la base le travail pratique ; s'il vaut mieux constituer la profession avec le mécanicien d'hier plutôt qu'avec des jeunes hommes arrivant à la fin de leurs études sans savoir comment se manie une lime, et ayant à apprendre, à l'heure où les nécessités d'établissement pressent, l'essentiel de leur profession, sa partie opératoire, sa partie mécanique. Je lisais l'autre jour dans une éloquente notice de M. Chauvel sur un ophtalmologiste de grand savoir, Giraud Teulon : *Quand les débuts sont tardifs, on ne peut devenir aisément un habile operateur.* Cette remarque nous est en tous points applicable, et le dentiste qui n'a pas assoupli de bonne heure ses organes de préhension et de mouvement à l'exécution de la tâche spéciale qui lui est dévolue, restera un praticien médiocre.

Chaque étape de l'histoire de notre art montre que ses progrès découlent en grande partie de l'esprit d'invention mécanique, de l'application technologique. Ceux qui l'ont servi le plus heureusement étaient bien souvent d'humbles praticiens plus aptes à modifier un mode opératoire, un appareil, un instrument, qu'habiles à exposer leurs raisons d'être.

L'art dentaire de nos jours n'a que peu de commun avec celui

du commencement du siècle; qu'il me soit permis de rappeler en peu de mots la genèse des progrès les plus décisifs qui constituent l'état actuel.

L'extraction avec la clef Garengeot laissait après elle des meurtrissures, des blessures parfois très graves, des fractures du maxillaire, des hémorragies incoercibles s'ensuivaient; si elles ont disparu, nous le devons à un simple perfectionnement de l'outillage : les dentistes, de concert avec les fabricants d'instruments, se sont ingéniés à rendre plus parfaite l'adaptation des mors à la dent, les branches plus maniables; et les accidents sont devenus une exception.

Notre arsenal opératoire dans son ensemble s'est entièrement modifié; on peut dire qu'il est merveilleux de précision, il rend presque facile les opérations les plus délicates, permet de travailler sur une troisième molaire avec plus d'aisance que nos prédécesseurs ne le faisaient sur une incisive; il permet d'atteindre l'extrémité des racines des dents les plus éloignées, celles où les cavités paraissent tout d'abord inaccessibles; il permet de lutter avec sécurité contre l'humidité là où elle est constante. Qui donc a imaginé, a perfectionné le tour dentaire? Qui donc a combiné les instruments explorant les canaux? Qui donc a eu l'idée de la digue?

Si la prothèse s'est transformée en reprenant sur de nouvelles bases, avec de nouveaux procédés, l'antique dent à pivot, à qui le doit-on?

Ne pouvons-nous pas dire que la restauration faciale et des maxillaires n'a progressé et ne progressera que dans les mains des dentistes, rompus à toutes les difficultés opératoires et mécaniques de leur art?

La technique de l'obturation n'est-elle pas tout entière sortie de nos mains, et ne doit-on pas aux nôtres l'art de reconstituer à la dent ses formes extérieures, ses fonctions physiologiques en donnant à des feuilles d'or une homogénéité, une solidité qui défient le temps?

Si notre thérapeutique recule de jour en jour les limites de la chirurgie conservatrice, triomphant de la maladie quand l'organe central de la dent est atteint, en triomphant encore quand les derniers liens vitaux sont à leur tour envahis par le processus pathologique, ne le devons-nous pas en grande partie à des découvertes, à des applications opératoires faites par les dentistes praticiens, plus préoccupés de la désinfection mécanique des cavités que d'étaler leur savoir doctrinal?

Qui a appliqué la première fois l'acide arsénieux sur la pulpe enflammée? Un petit dentiste de Montréal, Spooner. Il avait négligé de le publier et cela fut fait plus tard par son frère.

Qui donc a démontré l'importance de l'extirpation de la pulpe et formulé son manuel opératoire? N'est-ce pas l'Ecole améri-

caine, dont les maîtres ont plus de dextérité manuelle que de connaissances encyclopédiques ?

On sait quelle est l'importance de cette opération pour le résultat final ; pourtant n'avons-nous pas d'éminents confrères pour qui le cadavre de la pulpe est chose négligeable. Ils le scellent plus ou moins bien sous l'obturation, croyant avoir assez fait. Tant pis si le cadavre fait parler de lui, tant pis si les produits morbides infectent les canaux et l'alvéole, s'ils provoquent des poussées inflammatoires vers le périoste. La réputation d'être docte couvre l'insuffisance opératoire. Nous qui n'avons pas de parchemin avec le sceau du grand maître de l'Université, nous ne pouvons avoir de ces négligences et nous nous sommes ingéniés à rendre toujours possible l'extirpation de la pulpe pour le plus grand bien de nos patients.

Chaque pas en avant, chaque progrès, dont nos Annales ont gardé la mémoire, démontrent surabondamment la nécessité d'une préparation manuelle, d'un entraînement spécial entièrement distincts de ceux qu'on doit exiger du médecin.

Nos rôles sont différents, et celui du dentiste est plus modeste, moins redoutable. Nous n'avons pas à dégager instantanément l'inconnu que les affections internes soulèvent. De notre intervention ne dépend pas la vie ou la mort. Ne traitant qu'une petite partie du corps humain, dont la texture est particulière, on ne peut exiger de nous plus qu'il n'est nécessaire pour accomplir consciencieusement notre labeur quotidien.

Il était opportun de revendiquer les titres de nos devanciers dans l'œuvre du progrès professionnel. Il est de notre devoir de le servir avec l'accroissement de puissance que l'association des efforts, que la discussion et l'étude en commun, que la préparation scientifique donnée dans cette Ecole ont mis en nos mains.

Nous ne devons pas oublier que si l'empirisme est toujours à la base de la connaissance ; la science en est le dernier terme. Il est bon de guérir quand même on doit la découverte thérapeutique au hasard, à des déductions rationnelles incomplètes. Il est plus fécond d'apprendre, quand cela est devenu possible, comment on guérit et à quoi on le doit.

Nous y travaillerons.

La science n'est plus une arcane dont on n'a le sens qu'à condition d'avoir eu, ne fût-ce qu'un jour, un bonnet carré sur la tête.

Comme le travail manuel lui-même, comme tous les champs de l'activité humaine, elle demande une préparation, celle-ci n'est pas hors de notre portée.

Quiconque a l'inquiétude du pourquoi et du comment, les recherche avec sérieux, avec sincérité, peut essayer d'arracher au Sphinx quelques-uns de ses secrets.

Pour la première fois la France verra un Congrès de dentistes

Ce Congrès sera international. L'Ecole dentaire de Paris a l'honneur de cette initiative. C'est elle qui, par l'organe de son représentant, l'a proposé aux dentistes américains étrangers réunis à Washington. Nous avons également convié nos confrères de l'Institut odontotechnique à se réunir à nous pour organiser cette grande réunion ; elle se présente sous les meilleurs auspices. Le gouvernement de la République a pris notre Congrès sous son patronage. Nous recevons tous les jours des adhésions des dentistes des deux mondes, et nous pouvons espérer que le Congrès dentaire de Paris marquera dans notre histoire professionnelle.

Préparons-nous-y avec ardeur. Montrons ce que dix ans d'organisation ont pu faire. Montrons que l'esprit français a encore ses qualités et qu'il peut servir puissamment la science, la marche en avant de l'humanité.

Séance du mardi 12 février 1889

PRÉSIDENCE DE M. DUBOIS, PRÉSIDENT

I. Allocution du président. — II. Quelques faits nouveaux sur les amalgames, par M. P. DUBOIS. — III Extraction d'une dent logée dans les piliers, par M. RONNET. — IV. Un cas de réimplantation, par M. TOUCHARD. — V. Cas de tumeur du périoste, par M. BARRIÉ.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la séance précédente, qui est adopté sans observation.

I. — ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

M. Dubois prononce une allocution qui est accueillie par des applaudissements.

II. — QUELQUES FAITS NOUVEAUX SUR LES AMALGAMES

M. Dubois s'excuse de ne pouvoir faire sa communication sur les amalgames et demande qu'elle soit reportée à l'ordre du jour de la prochaine séance.

III. — EXTRACTION D'UNE DENT LOGÉE DANS LES PILIERS, PAR M. RONNET

M. Ronnet lit une communication sur ce sujet. (Insérée aux travaux originaux.)

Discussion

M. Heidé. — Il est intéressant de noter que l'ouverture a été faite par le bistouri; dans le cas de M. Ramonat, elle l'avait été au moyen de ciseaux.

M. Ronnet. — J'ai disséqué la partie en prenant un point d'appui, mais ma boutonnière n'avait pas 1 centimètre de haut. Si on craint de rencontrer une résistance, il faut maintenir la dent avec un autre instrument pour l'enlever. Il y avait une constriction des mâchoires, quoique l'extraction datât de huit jours; il a fallu se servir d'un écarteur afin de rendre l'opération possible.

M. Touchard. — L'opération a-t-elle été faite après une légère amélioration des fonctions articulaires?

M. Ronnet. — Non. Pourtant j'ai fait l'opération assez facilement.

M. Gillard. — La dent a-t-elle glissé dans la couche musculaire ou dans le tissu conjonctif? Dans le premier cas, l'incision ne présente pas de danger. Dans l'autre, il aurait pu ne pas en être de même.

M. Ronnet. — Quoiqu'elle fût logée dans du tissu musculaire, l'opération fut aisée. Il a été plus difficile à M. Tusseau d'enlever sa dent de l'alvéole qu'à moi de la faire glisser hors du tissu mou.

M. Dubois. — La conséquence pratique de l'observation de M. Ronnet est que nous devons toujours acquérir la certitude que la dent est expulsée de la bouche quand nous enlevons, à l'aide du levier, une dent de sagesse, surtout quand il y a constriction et que le tissu environnant est tuméfié. Voici deux observations du même genre relevées à la clinique de l'Ecole dentaire. Cela prouve qu'il y a un accident d'extraction plus susceptible de se produire qu'on ne le pense.

M. Chauvin. — Quand la contracture est très accusée, cet accident peut arriver facilement, mais alors on ne doit pas faire l'opération entièrement avec la langue de carpe, elle doit être achevée avec le pied de biche et, si possible, avec le davier.

M. Deschaux. — Pourquoi n'a-t-on pas débridé?

M. Ronnet. — On ne peut pas toujours débrider, la face linguale de la dent étant hors d'atteinte.

M. Chauvin. — Il n'est pas toujours facile de faire ouvrir la bouche, par conséquent d'opérer selon les règles. J'ai eu souvent à faire des extractions difficiles de dents de sagesse. Dans certains cas l'ouverture n'était pas supérieure à 3 millimètres.

M. Deschaux. — Dans ce cas on appuie sur la partie postérieure de la deuxième molaire.

M. Ronnet. — Habituellement, l'avulsion exécutée, la constriction diminue en peu de jours. Dans l'observation que je vous présente, il n'en a pas été ainsi, la cause irritante persistant.

M. Legret. — En enlevant la dent en deux temps, on risque moins de causer l'accident ci-dessus.

IV. — Un cas de réimplantation par M. Touchard.

M. Touchard lit une communication sur ce sujet. (Insérée aux travaux originaux.)

DISCUSSION

M. Chauvin. — La dent antagoniste existait-elle ?

M. Touchard. — Oui.

M. Heidé. — Il y a plus de vingt ans qu'on fait des réimplantations.

M. Meng. — Il y a beaucoup plus que cela. Les Français qui sont allés en Amérique fonder la science dentaire y ont apporté les méthodes de réimplantation, Gardett, notamment, dentiste dans l'armée de Rochambeau. J'ai donné mes soins à une dame qui avait été soignée par le fils de Gardett.

J'ajouterai que les hypothèses de Magitot sur la réimplantation ont été modifiées par les expériences de Mitscherlitch, qui croit que la rétention se fait par des moyens mécaniques. Younger prétend, lui, que le périoste se revivifie. Les deux implantations que j'ai pratiquées ont été deux succès.

M. Touchard. — L'opération exécutée par M. Meng n'a que peu de rapport avec le sujet de mon observation.

M. Dubois. — En effet les observations de M. Meng sont un peu en dehors de l'ordre du jour. Elles pourraient susciter une discussion étendue sur tous les points que soulève la greffe dentaire. Au point de vue historique, on doit dire en passant que, si au XVIIIe siècle on pratiqua assez couramment la réimplantation, on le faisait sans méthode. Ce qui a étendu les applications de la greffe dentaire est la résection radiculaire, qui remonte à Delabarre en 1820. Abandonnée ensuite, elle fut reprise par Alquié, puis par Magitot qui en formula les indications et le manuel opératoire. Il est celui qui a recueilli le plus grand nombre d'observations, 129 si je me souviens. Depuis, le manuel opératoire a été notablement perfectionné

Quant au mode d'union de la dent réimplantée avec l'alvéole, il est encore sujet à discussion, il est différent selon l'état du périoste. Dans l'implantation dont vient de parler M. Meng, il n'est pas purement mécanique, comme il l'a dit, il est évident que cela ne serait pas suffisant ; l'explication la plus plausible, et généralement acceptée, est qu'il se produit une union osseuse entre le cément et la paroi alvéolaire interne.

Les progrès de notre thérapeutique ont diminué de beaucoup les occasions de réimplantation. On peut dire qu'une dent assez malade pour ne pouvoir être soignée heureusement par le canal est rarement bonne à être greffée. La réimplantation étonne plus le patient que nous-mêmes, qui n'ignorons pas son exécution facile Il y a plus de mérite à triompher des désordres de la maladie, la dent en place, qu'à l'arracher et à la réimplanter. Si le dentiste consciencieux a peu de réimplantations à faire, il n'en est pas moins vrai que, dans quelques cas désespérés, il y a là une ressource suprême que nous ne devons pas délaisser.

M. Roy. — Quand dans un os on implante une cheville d'ivoire, celle-ci adhère parfaitement au bout de quelque temps.

M. Heidé. — Il est arrivé au D[r] David d'extraire une dent saine, de la réimplanter immédiatement, de l'extraire de nouveau et il a trouvé la pulpe vivante.

M. Touchard. — En vous présentant mon observation je n'ai pas eu l'intention de préconiser la greffe dentaire comme ressource

habituelle, mais enfin il est des cas, et je crois le mien de ceux-là, où l'on est obligé de la tenter. Quant aux moyens d'union, je crois à l'action du périoste et non du cément ; les expériences de P. Bert semblent le prouver.

M. Meng. — La théorie exposée par M. Dubois est la même que celle que je soutenais. Un dentiste américain arrachait des dents, les sectionnait au collet, montait des couronnes sur les racines et les réimplantait, mais au bout de dix-huit mois il abandonna ce système, car toutes les racines étaient rougies.

M. Dubois. — La réimplantation est un sujet bien vaste et il vaudrait mieux, je crois en remettre la discussion à une séance ou elle aurait été mise à l'ordre du jour.

M. Chauvin. — J'ai pratiqué longtemps la réimplantation et certainement le périoste joue un grand rôle dans la reprise de la dent, mais il n'est pas facile de le constater ; cependant on peut faire l'opération même sur les caries du 3e degré. J'ai vu, il y a deux ou trois ans, une dent fracturée négligée, dont la carie s'étendait presque verticalement de beaucoup au-dessous du collet et dont la cavité pulpaire n'était pas complètement à découvert. J'ai pratiqué l'extraction, réséqué la partie contaminée, ajouté une couronne naturelle — la dent était considérée comme perdue — et utilisé la racine (la couronne empiétait en partie sur la racine). La reprise a été extrêmement rapide : deux ou trois jours, et, au bout de huit jours, la solidité était presque obtenue.

Le périoste joue également un grand rôle dans les racines dont la pulpe est mise à nu. Lorsqu'il n'est pas trop atteint, la racine est dans des conditions favorables pour la réimplantation. J'ai greffé, pour ma part, environ trente couronnes naturelles et l'opération a toujours bien réussi. En résumé, je considère que la réimplantation peut donner de bons résultats.

M. Gillard. — Il y a un an que M. Meng a fait ses opérations, mais je crois qu'il vaudrait mieux une démonstration pratique qu'une longue discussion.

M. Meng explique que c'est par un concours de circonstances indépendantes de sa volonté que la démontration qu'il devait faire n'a pu avoir lieu. Il se met à la disposition de la Société pour faire une implantation quand on lui aura trouvé de nouveau un patient disposé.

V. — Cas de tumeur du périoste par M. Barrié

M. Barrié lit une communication sur ce sujet. (Insérée aux travaux-originaux.)

Discussion

M. Chauvin. — J'ai fait, il y a deux ou trois ans, une communication sur deux dents présentant des tumeurs au périoste, mais elles n'étaient pas aussi volumineuses que celle-là, et elles m'ont confirmé la remarque de Magitot qui prétend que la tumeur se produit assez fréquemment en l'absence de la carie. Quand ces cas se sont présentés, j'ai été obligé de pratiquer l'extraction ; la tumeur était au milieu de la racine antérieure, chose assez rare. J'eus l'idée de pratiquer la réimplantation sur une de ces dents ; elle remonte

maintenant à quatre ans et la dent et très solide, mais j'ai réséqué la tumeur et gratté le cément. L'autre cas ne m'a pas donné le même succès (c'était une petite molaire qui avait un chancellement de bas en haut); le *modus operandi* a-t-il été moins soigné ? Quand j'ai présenté l'opération, la dent était solide, mais deux ou trois ans après le malade est revenu, sa dent à la main.

M. Heidé. — La tumeur que vient de nous présenter M. Barrié est une conséquence d'une carie compliquée.

M. Barrié. — C'est aussi mon avis.

M. Chauvin. — Où est le point d'implantation de la tumeur ?

M. Barrié. — Presque au sommet du périoste.

M. Touvet-Fanton. — J'ai presenté ici une dent avec une tumeur du périoste et je crois que certains sujets y sont prédisposés, que les dents soient cariées ou non.

M. Chauvin. — Les grosses molaires en sont assez fréquemment atteintes.

M. Dubois. — Je propose de reporter à l'ordre du jour la question des amalgames et principalement des amalgames de cuivre.

Adopté.

La séance est levée à onze heures.

Le secrétaire,

LEGRET.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

L'un des plus importants organes de la presse odontologique en Amérique, *The Dental Review*, a épousé chaudement l'idée de notre Congrès. Il s'en est fait le défenseur auprès de nos confrères américains, qui n'avaient pas tout d'abord compris le but exclusivement professionnel que nous poursuivons.

La *Dental Review* fait remarquer avec raison que la décision que nous avons été chargée de présenter au Congrès de Washington avait été prise antérieurement avant qu'il fut question d'organiser à Berlin le X[e] Congrès des sciences médicales, cela ne fait pas de doute. Le Conseil de l'Association générale des dentistes de France avait délibéré sur cette question en juillet 1887, et en nous embarquant pour les Etats-Unis nous étions porteur du texte de l'invitation qui fut soumise aux dentistes réunis à Washington. Il n'y a donc pas le plus petit doute à cet égard et les rivalités nationales n'ont rien à voir en cette affaire.

Nous sommes très heureux de voir un groupe important de dentistes américains soutenir notre entreprise. Et nous espérons que les sympathies qui entourent en Amérique le rédacteur en chef de la *Dental Review* feront revenir les quelques dentistes qui avaient des préventions à notre adresse.

P. DUBOIS.

« Comme l'époque du premier Congrès dentaire international approche, l'intérêt dans le succès final du projet devient de plus en plus apparent.

« Pour quelque raison obscure, les dentistes des Etats-Unis n'ont pas encore montré ce généreux appui d'une question d'intérêt professionnel pour lequel la profession est partout si avantageusement connue. Beaucoup semblent avoir peur de prendre une position ferme et positive en cette matière. D'autres attendent l'opinion de la presse dentaire; quelques-uns sont encore de l'avis qu'une réunion des gens qui pratiquent exclusivement la dentisterie ne recevrait pas le respect et l'honneur qui lui seraient accordés si elle ne dépendait d'une assemblée médicale.

« En même temps que c'est là une erreur, c'est une insulte à la bonne réputation de la profession.

« La *Dental Review* est le premier journal publié en anglais qui appuie l'idée d'un Congrès dentaire international. Ses articles à cet égard ont été vivement attaqués par *The Journal of the american Association*. On a prétendu que le Congrès dentaire international était organisé pour faire opposition à la section dentaire du dixième Congrès médical international de Berlin en 1890, quand, en fait, l'appel pour le premier était lancé avant que le lieu de réunion du dernier eût été arrêté. Beaucoup de praticiens, qui désirent le bien de la profession, mais qui malheureusement s'opposaient à la section dentaire du 9e Congrès médical international, abandonnèrent gracieusement leur préférence et leurs désirs quand on leur dit : « Ayons maintenant une section dentaire au Congres dentaire international, et puis nous travaillerons tous en faveur d'un Congrès dentaire international. »

« Nous pensons que toutes les différences d'opinion qui existent doivent être modifiées de façon à assurer l'unité d'action quand nous nous trouvons en face d'une question d'intérêt vital. Personne ne peut nier qu'une réunion de dentistes à Paris ou ailleurs cette année, puisse faire du bien à la profession. Tandis que nos préférences personnelles nous auraient conduits à choisir une ville américaine pour la première réunion internationale de dentistes, nous déférons gracieusement aux désirs de nos confrères d'au-delà de l'Atlantique et nous leur cédons sur ce point avec l'espoir que, quand l'Amérique célébrera le 400e anniversaire de sa découverte, en 1892, nous pourrons organiser sur les bords du lac Michigan, dans une ville qui, à maints égards, est une des plus merveilleuses du monde, la réunion du second Congrès dentaire international.

« Comme américains et dentistes, notre orgueil seul nous pousserait à faire tout ce qui est en notre pouvoir pour faire réussir la réunion de cette année à Paris. La *Dental Review* fera librement et avec plaisir ce qu'il faut pour atteindre ce but. Nous confondrons notre sort avec celui des Français, sans nous préoccuper de toute autre organisation passée ou future. La

rédaction de la *Dental Review* est composée de dentistes qui exercent, on peut donc lui pardonner de s'occuper des choses au point de vue *dentaire* et au point de vue *pratique* en même temps.

« Il est vrai que l'Allemagne ne veut pas prendre part à l'Exposition de Paris — mais l'Allemagne n'est pas le monde ; comme des Américains libres, nous ne pouvons pas permettre que le bien de notre profession ou que notre opinion individuelle soient subordonnés aux caprices d'un gouvernement — d'autant que cette décision regrettable doit être prise par les dentistes allemands.

« La France veut, comme d'habitude, offrir un beau spectacle, une Exposition magnifique. Le Congrès dentaire international sera sous le contrôle immédiat du Gouvernement lui-même ; le ministre du commerce et de l'industrie, qui est le directeur général de l'Exposition universelle, a désigné le 4 décembre 1888 pour comité d'organisation un groupe de notabilités comme il était difficile d'en trouver ailleurs un plus compétent et plus honorable ; aussi sommes-nous persuadés que la profession aux Etats-Unis donnera à ceux qui le composent toute l'aide et tout l'appui possibles. Les Sociétés dentaires devraient choisir des délégués pour assister au Congrès et les Américains devraient, par tout autre moyen utile, se conduire honorablement dans une affaire qui influe si largement sur notre bien et qui, considérée de tous les points de vue où nous puissions nous placer servira à notre avantage. »

(*Dental Review.*)

D'autre part, le *Journal für Zahnheilkunde*, dont nous avons déjà enregistré l'adhésion au Congrès de Paris, dit que : « les 20, 21 et 22 avril prochain, les D. D. S. allemands tiendront leur assemblée annuelle et que le secrétaire qui y sera désigné sera chargé de centraliser les demandes d'inscription au Congrès. »

AVIS

MM. les membres qui ont adhéré au Congrès, sans joindre leur cotisation, sont priés de l'envoyer sans retard, le gouvernement ne devant délivrer les cartes qu'aux souscripteurs qui ont versé le montant de cette cotisation.

Nous rappelons que les membres du Congrès résidant à l'étranger sont dispensés de toute cotisation.

NOTA. — Les adhérents qui ont prié le Secrétaire général de faire toucher le montant de la cotisation à leur domicile voudront bien avoir l'obligeance de lui adresser cette somme, l'organisation du Congrès ne permettant pas les recouvrements par des tiers.

Seuls, les membres qui auront réglé cette cotisation, seront considérés et inscrits comme adhérents.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

RAPPORT ANNUEL

présenté à l'Assemblée générale du mardi 29 *janvier* 1889
DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Par Ch. GODON, *secrétaire général.*

MESSIEURS ET CHERS CONFRÈRES.

Notre Association a, cette année encore, grandi en influence et en nombre.

Deux faits principaux méritent tout d'abord d'être signalés tant au point de vue de la politique professionnelle que nous défendons que de la réforme que nous poursuivons depuis dix ans.

1° Au commencement de l'année, les membres de la Chambre des députés, nos législateurs, chargés d'étudier la Réforme de l'exercice de l'art médical, ont, par le rapport du Dr Chevandier, adopté et confirmé les théories que nous préconisons et qui sont le but, la raison d'être de notre groupement :

L'art dentaire ne doit pas être assimilé à l'art médical au point de vue légal Il doit être autonome et doit rester libre ;

2° Le gouvernement, acceptant sur notre initiative de faire un Congrès odontologique international, vient, à la fin de l'année de choisir des membres de notre Association pour en faire les représentants officiels de l'art dentaire français à cette grande fête de 1889 et de les charger d'inviter nos confrères étrangers à venir tenir à Paris, pendant l'Exposition universelle, ce premier Congrès international de l'art dentaire, dont la présidence appartient à notre Société.

Ces résultats très importants sont dus aux efforts persistants de notre Association.

Ils auront la plus grande influence sur la marche, le développement et la position sociale de notre profession en France.

Nous devons tous nous en féliciter, surtout si nous considérons le point de départ d'il y a dix ans, la situation de notre Société à cette époque et celle que l'on voulait faire à notre corps professionnel, cette situation toute particulière dans laquelle on prétendait nous maintenir au dernier degré du corps médical, comme aides ou sous-ordres des médecins, — réduits,

diminués, privés de tous les avantages auxquels ont droit tous ceux qui exercent avec honneur et savoir leur profession.

Nous ne saurions trop rappeler qu'à cette époque, on prétendait nous priver du droit de nous adresser directement au public, de faire de la clientèle, de nous établir, en le réservant aux seuls docteurs en médecine, et cela en présence du danger considérable du dentiste étranger, anglais ou américain, qui jouissait à cette époque de la faveur d'une fraction importante de la clientèle, et en accaparait la plus grande partie des bénéfices.

Par nos efforts combinés, persistants, nous avons eu raison de ces prétentions dignes d'un autre âge, autant que de la concurrence étrangère. Les deux faits que je viens de vous signaler prouvent qu'aujourd'hui nous avons à peu près gagné notre cause. Cependant, malgré l'importance de ces résultats l'étendue du chemin parcouru, il ne faudrait pas s'arrêter et considérer l'œuvre comme terminée.

Pour l'œuvre du Congrès, nous avons fait avec nos concurrents de l'Institut odontotechnique une alliance que nous souhaitons de voir durer.

Malgré certaines divergences d'opinion que la discussion en commun peut modifier, nous avons trouvé là des confrères, des dentistes comme nous, ayant sur certains points des aspirations communes. Mais en dehors d'eux il nous reste des adversaires qui n'ont pas désarmé.

Bien plus, se sentant menacés, ils se sont, eux aussi, réunis, groupés, et ont formé cette année cette Société *de stomatologie* que nous allons toujours trouver en travers de notre voie, comme cela s'est produit pour le Congrès. Il faut donc continuer nos efforts en vue de la marche en avant.

Nous sommes maintenant plus en état de soutenir la lutte qu'il y a dix ans.

Avec notre Association professionnelle, notre Ecole, le corps de nos diplômés, les conditions d'exercice de notre art se trouvent considérablement changées, et il serait téméraire à eux de reprendre aujourd'hui les propositions d'il y a dix ans.

Nous avons acquis l'appui et les sympathies des corps élus et du gouvernement. Le Conseil municipal de Paris nous le prouve par la subvention annuelle qu'il continue à nous accorder et le vote, cette année, sur notre proposition de la création de services dentaires dans les bureaux de bienfaisances de Paris dont il nous a confié la direction ; la Chambre des députés, par le rapport du Dr Chevandier ; le Ministère du commerce en acceptant notre participation à l'Exposition universelle et nous chargeant de l'organisation du Congrès ; le Ministère de l'instruction publique, qui apprécie nos efforts depuis la fondation, acceptant la présidence d'honneur de nos cérémonies, ainsi que la Préfecture de la Seine, qui tient compte des services que nous rendons

au département. Toutes les administrations, hostiles au début, ne nous sont pourtant pas encore définitivement acquises.

Nous n'avons pas encore pu obtenir pour notre Ecole la reconnaissance d'utilité publique que nous attendons depuis 1884.

Je dois dire cependant que la question a fait cette année un pas en avant. Les enquêtes sont terminées, les avis sont favorables, et le décret va, nous a-t-on promis, être prochainement soumis au Conseil d'Etat.

La loi restrictive dont on nous menaçait n'est plus absolument abandonnée, et il y aura probablement encore bataille sur ce point.

Enfin, malgré les sympathies de ceux que nous connaissons et que je viens de vous énumérer, il reste encore des hostilités à vaincre et le dentiste a encore quelques efforts à faire pour conquérir en France partout droit de cité, pour occuper la situation sociale à laquelle lui donnent droit les services qu'il rend tous lés jours lorsqu'il exerce consciencieusement sa profession.

Nous voudrions que le dentiste, le diplômé de nos écoles, eût place partout où ses aptitudes et ses connaissances peuvent être, pour l'intérêt général, utilement employées, et par exemple :

Dans les différents conseils d'hygiène, où il donnerait d'utiles avis; dans les établissements d'enseignement public, à côté des médecins des écoles; pour la création de véritables services d'inspection dentaire encore à l'état rudimentaire ;

Dans les divers établissements de l'Assistance publique, près des médecins des hôpitaux ;

Dans le corps de santé militaire ou de la marine où il pourrait être assimilé à l'étudiant en médecine; enfin dans tous nos grands corps scientifiques.

Un de nos confrères a été cette année élu membre de l'Académie de médecine ; nous aurions lieu de nous en féliciter si le nouvel élu n'affectait pas de se séparer du corps professionnel, de repousser la qualification de dentiste, qui lui est bien due pourtant

Et par droit de conquête et par droit de naissance.

Mais je ne puis dans ce rapport avoir la pensée de tracer ainsi brièvement les cahiers de 1889 de l'art dentaire.

J'ai voulu seulement, en présence de ce que nous avons obtenu, donner un aperçu de ce qu'il reste encore à obtenir.

Il n'en faut pas moins nous féliciter de la situation actuelle, surtout si nous jetons un coup d'œil sur l'état de notre profession dans certains pays d'Europe, où la lutte est encore très vive entre les divers membres de notre profession, comme en Autriche, en Allemagne, en Suède, etc.

Au sujet de la situation matérielle de l'Association, le rapport

de notre trésorier va nous renseigner mieux que je ne pourrais le faire moi-même.

Vous verrez que la situation financière de l'Association et de nos diverses administrations est toujours bonne.

Le nombre des membres de l'Association a continué à augmenter principalement par l'adhésion de nos nouveaux diplômés.

Il est actuellement de 352 membres dont 62 membres honoraires.

Les cotisations sont rentrées régulièrement, grâce à l'activité de notre sous-trésorier, M. Papot.

La situation financière de l'Ecole elle-même est très rassurante malgré les dépenses de la nouvelle installation, comme va nous l'expliquer tout à l'heure M. Ronnet, notre dévoué trésorier, qui depuis plusieurs années donne si libéralement et avec tant de dévouement son temps pour une fonction si ingrate, comme le constate la Commission, qui chaque année vérifie, contrôle et, finalement, approuve tous ses comptes.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Après mon rapport du mois de novembre, j'ai peu de chose à ajouter touchant spécialement notre Ecole et sa clinique.

L'installation dans le nouveau local a demandé du temps et de la peine, mais le dévouement de tous a été à la hauteur de la tâche.

Après la brillante inauguration de novembre dernier, qui a eu lieu sous la présidence du délégué du ministre du commerce, M. G. Ollendorf, la réouverture des cours s'est faite dans d'excellentes conditions : l'année scolaire paraît devoir être très bonne, le nombre des élèves est sensiblement le même que les années précédentes.

Aussi, malgré l'augmentation des frais, il sera possible d'équilibrer le budget.

Les malades qui viennent à la clinique avaient diminué au moment du déménagement ; mais si l'on examine les bulletins mensuels, on voit que le nombre augmente chaque mois, de façon à suffire aux exigences de notre enseignement pratique.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE

L'excellent rapport du secrétaire général, M. Blocman, vous a déjà renseignés sur le fonctionnement de la Société d'Odontologie pendant l'année 1888.

Vous avez vu que les séances étaient toujours intéressantes et suivies et qu'elles continuaient à avoir la primeur des nouveautés professionnelles.

Je dois vous signaler cependant le rôle important qu'elle joue actuellement à l'occasion du Congrès qui est convoqué en son nom, d'accord avec la *Société Odontologique de France.*

L'importance de cette réunion internationale ne pourra que la mettre plus en lumière et augmenter son renom.

CHAMBRE SYNDICALE

Les membres de notre comité syndical ont été appelés à servir d'arbitres dans des différends entre dentistes et clients. Frappés des inconvénients du système actuellement en vigueur pour la désignation arbitraire des experts près des tribunaux, ils ont pris l'initiative d'adresser une circulaire aux juges de paix, en vue de provoquer le recours à l'arbitrage du comité syndical de l'Association.

Tous ceux qui, pour quelques différends professionnels,ont dû aller devant les tribunaux, comprendront l'importance et l'utilité d'une semblable réforme.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

Le fonctionnement de la Caisse de Prévoyance a été peu actif. Je ne sais si nous devons nous en féliciter, car,dans notre profession, il a dû y avoir cette année des misères que l'on eût pu soulager si elles eussent été portées à notre connaissance. Nous devons signaler pourtant un prêt que vous trouverez dans l'état des comptes.

BIBLIOTHÈQUE

La bibliothèque a été augmentée de nombreux livres nouveaux, résultant soit des achats faits par notre bibliothécaire, soit de dons. Parmi ces derniers, nous citerons les deux rapports de nos confrères Dubois et Kuhn sur l'*Art Dentaire aux Etats-Unis*.

LE JOURNAL L'*Odontologie*

Le journal officiel de notre association a depuis longtemps pris rang parmi les meilleures publications professionnelles du monde entier.

Vous tous qui le lisez tous les mois, vous avez pu apprécier les efforts que fait son directeur, notre dévoué collègue Dubois, pour le maintenir à la hauteur de sa réputation ; aussi lui devons-nous de publiques félicitations.

Chaque mois il nous donne des articles originaux toujours intéressants, des traductions des meilleurs extraits des revues étrangères et, prochainement, nous aurons une correspondance périodique sur le mouvement odontologique en Amérique en échange d'un article semblable sur la France, qui a été demandé à notre ami Dubois.

NÉCROLOGIE

Il nous faut, avant de terminer, adresser quelques paroles de regret à ceux que nous avons perdus cette année. D'abord E. Bil-

lard, l'un des membres fondateurs de l'Ecole, son premier souscripteur.

Depuis quelques années il s'était un peu désintéressé de notre œuvre, mais nous n'en avons pas oublié pour cela le concours si actif qu'il nous avait apporté au début, et il a emporté les regrets de tous nos membres.

Butlin, un de nos premiers membres fondateurs, diplômé, de l'Ecole, ancien démonstrateur, ancien chef de clinique, est allé mourir à Alger d'une cruelle maladie.

Il aimait beaucoup l'Ecole et la Société dans lesquelles il ne comptait que des amis. Nous perdons en lui un excellent confrère.

Notre Corps enseignant, toujours si dévoué à sa tâche, a lui aussi payé son tribut à la mort. Notre excellent professeur d'anatomie, le Dr Decaudin, a comme Billard, comme Butlin, été emporté, jeune encore, par la même affection.

Notre ami Blocman s'est fait l'interprète de toute la Société en prononçant sur sa tombe quelques mots d'adieu, dans lesquels il a rendu hommage à celui qui fut le créateur d'une des branches de notre enseignement, un de nos meilleurs collaborateurs de l'œuvre du relèvement de l'Art dentaire en France.

Mais les événements passent vite, de nouveaux membres viennent prendre la place des disparus et continuent leur œuvre.

Conclusion

Devant cet exposé rapide de la situation morale et matérielle de notre Association, et surtout lorsque vous aurez entendu le compte rendu financier, vous conclurez avec nous que l'année a été bonne pour l'Association et ses subdivisions, qu'elle promet d'utiles et importants résultats pour cette année — et que le 10 avril tous les amis de l'Institution pourront fêter avec joie et confiance le dixième anniversaire de sa fondation.

RAPPORT DU TRÉSORIER

M. Ronnet

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter l'état comparatif des recettes et dépenses pour les années 1887-1888, état que vous ne confondrez pas avec le bilan ou situation du Doit et Avoir que nous vous fournirons ultérieurement.

Vous voudrez bien considérer que, si nous vous donnons cet

état comparatif, c'est surtout afin que vous vous assuriez par vous-mêmes des frais extraordinaires supportés pendant l'année que nous venons de traverser par suite du déplacement de l'Ecole.

Les recettes de 1887 étaient de..................	33.500 15
Celles de 1888 s'élèvent à..........................	43.736 35
D'où il résulte une différence en plus de.........	10.236 20
qui provient en grande partie des droits d'inscriptions.	
Les dépenses s'étaient élevées en 1887 à la somme de.	31.461 35
Elles sont en 1888 de..............................	42.251 65
Soit en plus....................	10.790 30
qui résultent des dépenses *extraordinaires* déjà payées, savoir :	
1° A l'entrepreneur général........................	6.750 00
2° A l'ancien propriétaire pour réparations locatives.	260 00
3° Au peintre..................................	300 00
4° A l'électricien..............................	175 00
5° Au déménageur................................	120 00
6° Pour la 1re moitié des frais d'installation de l'Exposition 1889..................................	370 00
7° Au propriétaire pour 6 mois de loyer d'avance.	3.500 00
8° Pour frais de bail............................	278 65
9° Pour avances à la Compagnie du Gaz (dépôt)...	356 10
Total..................	12.109 75
D'autre part la Compagnie du Gaz a remboursé une somme de.................................	132 80
Nous avons donc payé cette année pour dépenses supplémentaires.................................	11.976 85
Certaines dépenses ont aussi augmenté, savoir :	
1° Les honoraires des professeurs, d'environ.....	1.000 00
2° Les frais de lavage et de chauffage d'environ..	600 00

D'un autre côté vous pourrez vous assurer, en donnant un rapide coup d'œil au compte qui est entre vos mains, que nous nous sommes efforcés de diminuer dans la mesure du possible les frais d'administration et notamment les frais généraux malgré l'année exceptionnelle que nous venons de traverser.

La plus-value des dépenses ne porte donc que sur le chapitre des dépenses extraordinaire prévues à l'avance par une nouvelle et coûteuse installation.

Après avis du Conseil de direction et avec son autorisation, nous avons fait vendre les titres en caisse et cette vente à produit 3.597.85, soit environ 300 fr. de plus que le prix d'achat.

Aux termes de l'art. 23 des Statuts, ces fonds sont inaliénables,

mais en m'autorisant à vendre les obligations, vous avez par là autorisé leur aliénation pour en affecter le produit aux travaux extraordinaires.

Je viens donc, au nom du Conseil de direction, vous demander de vouloir bien ratifier cette décision en assemblée générale. Du reste, comme vous pouvez vous en rendre compte par l'état de l'encaisse au 31 décembre, on pourrait dès aujourd'hui rétablir lesdits fonds de réserve, et si nous ne vous en demandons pas le rétablissement immédiat, c'est afin de conserver un fonds de roulement nécessaire au bon fonctionnement de l'Ecole.

L'encaisse en 1887 au 31 décembre était en espèces, de	3.567 78
Plus les titres en portefeuille représentant une somme de	3.597 85
Au 31 décembre 1888 il est de	6.031 58

Il est encore dû à divers entrepreneurs ou fournisseurs :

Pour dépenses extraordinaires, environ	2.000 00
Pour dépenses ordinaires, environ	3.000 00

Plus le montant du mémoire du menuisier qui ne nous a pas encore été fourni.

En résumé, l'Ecole a pu constituer avec ses seules ressources en 1888 les fonds de la Caisse de prévoyance qui n'existaient auparavant qu'à l'état fictif et qui se montent à 2,138 30 et faire face en même temps à toutes les dépenses extraordinaires sans lesquelles les recettes auraient dépassé les dépenses de plus de 5.000 francs.

Pour l'année 1889 nous avons présenté au Conseil de direction de l'Ecole un budget s'élevant en recettes et en dépenses à environ 37.800 francs.

Comme complément du compte rendu qui vient de vous être lu et afin de donner toute satisfaction possible aux membres de la Société, nous tenons à vous rappeler que, chaque année, le Conseil de direction nomme une commission spéciale, chargée de vérifier la comptabilité, et de plus nous nous mettrons toujours à la disposition de tous les membres qui, n'ayant pas assez d'éclaircissements, voudront bien nous en demander.

Nous concluons donc en vous demandant l'acceptation de ce rapport et des propositions qui y sont jointes, persuadé que nous pouvons considérer l'avenir avec confiance.

Le Trésorier,

RONNET.

REVUE DE L'ETRANGER

DE L'ANTISEPSIE DANS L'EXTRACTION DES DENTS

par Y. PARREIDT. Tradution de M. TOUCHARD

Le traitement des blessures produites par les extractions de dents n'a pas obtenu jusqu'ici l'attention qu'il mérite. Tandis que le traitement antiseptique de la pulpe a été le thème favori de nombreux travaux et le sujet de discussions répétées dans les congrès dentaires, pendant les quinze dernières années, c'est à peine s'il a été question çà et là de ce même traitement dans les blessures provenant de l'extraction des dents.

Pourquoi a-t-on négligé ces blessures pour s'occuper presque exclusivement de celles de la pulpe? C'est qu'il est extrêmement rare que les premières soient accompagnées d'infection, tandis que l'oubli des préceptes antiseptiques dans l'ouverture de la cavité pulpaire a presque toujours des conséquences, sinon très dangereuses, cependant très fâcheuses et, en tout cas, frappantes.

On cite cependant des cas d'infection dans des blessures provenant d'extractions. Ailleurs, on a admis l'infection lorsque l'extraction avait des suites fâcheuses, quand, par exemple, après l'extraction et les maladies de la mâchoire qui s'y rattacheut, il y avait eu pyémie et mort. Sans doute il n'est pas besoin d'expliquer ces faits par l'extraction ; on pourrait même dire, la plupart du temps, que le danger est venu malgré l'extraction. Il n'en est pas moins vrai que de pareils faits sont dignes d'attention et qu'ils nous conduisent à rechercher un mode de traitement pour le cas où, par suite d'extraction, nous sommes sur le point de faire une blessure, à la mâchoire.

« Il y a négligence, au sens du Code pénal, quand un médecin n'applique pas les principes de la méthode antiseptique dans une opération ou dans le traitement d'une blessure excepté le cas où l'emploi de cette méthode n'est pas possible. » (*Denecke* de l'antisepsie et de la responsabilité des médecins devant la loi. Revue trimestrielle de médecine légale 1886.)

Pour le traitement des blessures de la bouche, il n'est pas facile de trouver un procédé permettant d'obtenir l'asepsie. Il n'en est pas de même pour les blessures à la surface du corps. Grâce à nos excellents antiseptiques solides, liquides et gazeux, nous sommes à même ici, non seulement d'absorber les sécrétions, mais encore de préserver la blessure de tout contact avec l'air et avec les matières chargées de bactéries.

Le papier gutta-percha nous rend en cela d'excellents services. En le mettant par-dessus le bandage de ouate et en le collant sur la peau, on obtient une occlusion presque hermétique.

Nous n'avons pas cette ressource dans les blessures de la cavité buccale.

Si l'on veut éviter que le médicament antiseptique ne soit entraîné, il faut d'abord enlever le coagulum de sang, puis introduire dans l'alvéole un pansement antiseptique de même dimension que l'alvéole. Autrefoi s on employait dans ce but l'ouate salicylée.

Ritter se sert dans les extractions compliquées d'un tampon de gaze phéniquée qu'il plonge dans une solution d'éther à l'iodoforme.

Ce tampon se laisse, sans doute, difficilement entraîner au dehors; il se colle en quelque sorte avec le coagulum du sang aux parois de l'alvéole. Mais il est loin d'être un pansement à la fois occlusif et antiseptique. Peu à peu la salive délaie l'iodoforme et l'acide phénique dont la gaze est imprégnée, et dans les mailles et dans les intervales s'accumulent une infinité de bactéries. Les parois de l'alvéole sont envahies par le processus de la guérison, qui vient ainsi interrompre l'adhérence du tampon. La salive peut entrer par cette voie et pénétrer jusqu'aux plus extrêmes recoins de l'alvéole, où le séjour de matières putrescibles, comme l'albumine de la salive, et l'accumulation de bactéries amènent bientôt de l'ostéite.

Il faut donc absolument renouveler le tampon toutes les vingt-quatre heures si l'on ne veut pas qu'il cause justement tous les désagréments que l'on espère éviter grâce à lui. *Busch* va plus loin : il prétend qu'après vingt-quatre heures un tampon antiseptique est devenu septique. (Bulletin hebdomadaire de médecine 1885). Mais un pansement qui veut être antiseptique ne doit pas être changé tous les jours, ou sinon l'asepsie est gravement compromise. Dans le cas d'ostéite alvéolaire le tampon retient le pus renfermé dans l'os et ne fait ainsi qu'augmenter la souffrance. Ce que nous avons dit plus haut du tampon de gaze s'applique également, bien que dans une plus faible mesure, au tube cylindrique d'ioforme de Witzel. Witzel pense, il est vrai, que ce tube qui se dissout en trente-six heures, laisse une voie ouverte à l'écoulement des secrétions. Bien que ne l'ayant pas expérimenté, je suppose que ce tube oppose dès son introduction un obstacle à l'écoulement du pus, et précisément dans le temps où ce dernier cherche une issue.

Prenons d'abord pour exemple le cas d'extraction à cause de pulpite ou de commencement de périostite. Nous nous trouvons en présence d'une blessure qui consiste dans un faible écartement de l'alvéole et une solution de continuité du périoste alvéolo-dentaire. Elle est produite d'habitude au moyen d'un instrument, la pince, qui ne saisit que la dent à extraire et refoule la gencive environnante. Celle-ci n'est pas blessée dans ce cas, mais seulement quand elle adhère au périoste, car alors la pince vient en contact avec les fibres et les vaisseaux sanguins qu'elle arrache. L'os n'est pas atteint par l'instrument. Quant au périoste alvéolo-dentaire, il reste après l'extraction de la dent en partie attaché à la racine, en partie dans l'alvéole, auquel il est fixé. Celle-ci se remplit aussitôt de sang jusqu'à en déborder. Ce flux entraîne peut-être les impuretés bactérielles qui ne devraient pas, à vrai dire, se trouver sur la pince, mais que laisse assurément plus d'un opérateur peu habitué à observer les préceptes de l'antisepsie et qui s'occupe, malgré cela, de l'extraction des dents. Car autrement la guérison des plaies pro-

duites par l'extraction ne se ferait pas si régulièrement, sans réaction aucune, malgré l'absence de précautions antiseptiques.

Il faut peut-être considérer aussi que les bactéries introduites dans la gencive par la pince deviennent probablement inoffensives par la concurrence des nombreuses espèces de bactéries non pathogènes qui ont leur siège dans la bouche.

Miller (champignons pathogènes de la bouche, discours d'ouverture, Berlin 1888) n'a obtenu aucun résultat en inoculant dans la gencive du virus provenant de pyorrhée alvéolaire. Par contre, *Galippe* a déterminé des abcès des os, des intestins et de la peau chez les cochons d'Inde, en leur injectant sous la peau le même virus.

Quelques minutes après l'opération on trouve l'alvéole comblé par un coagulum de sang. Ce coagulum constitue une occlusion hermétique, si bien que le liquide bactériel, qui séjourne, dans la bouche, ne peut pas pénétrer dans le fond de l'alvéole ni dans les canaux de Havers.

Les pinces doivent être propres, afin de ne pas apporter sur la gencive les impuretés de l'instrument. Sans doute celles-ci sont entraînées en partie par le sang, mais il ne faut pas y compter en tous cas et d'une manière absolue. Il est donc nécessaire de laisser la plaie en repos, afin de ne pas détruire dans l'alvéole le thrombus, qui oppose une digue assurée à l'entrée des bactéries : ce serait le rendre accessible aux micro-organismes.

Voilà ce qu'il faut faire dans les cas où une pulpite simple ou une légère périostite dentaire a nécessité l'extraction.

Maintenant, quand une dent doit être extraite pour une périostite purulente, le pus qui séjourne dans l'alvéole et dans les canalicules de Havers des parties osseuses avoisinantes trouve un écoulement immédiat par suite de l'extraction. L'os, précédemment menacé, est amené ainsi à un état moins défavorable. Quand le saignement cesse, le pus est parti, et la guérison de la plaie s'effectue sans réaction. Il n'en est pas toujours de même quand l'extraction est faite en présence de périostite alvéolaire ou maxillaire. Alors il peut y avoir dans l'os et sous le périoste du pus éloigné de l'alvéole et sans communication avec elle. Le thrombus qui se forme dans l'alvéole après l'extraction peut donc gagner aisément une décomposition septique, par suite de l'infection de l'os avant l'opération. Le pus trouve, il est vrai, une nouvelle issue pour sortir de l'os, mais en même temps toutes sortes de micro-organismes y pénètrent.

C'est ce qui explique, par exemple, qu'après même une extraction bien faite, dans le cas de fluxion, l'inflammation puisse augmenter au lieu de diminuer. C'est encore là ce qui a pu occasionner parfois de la septicémie ou un épanchement de pus dans la plèvre ou un œdème de la glotte et même la mort. Mais alors ce n'est pas l'extraction qui a été cause de l'aggravation, ainsi qu'on l'admet souvent en pareil cas, bien à tort ; l'aggravation provient non pas du fait de l'extraction, mais elle a lieu malgré celle-ci.

Il est très rare, cependant, qu'une périostite s'aggrave après l'extraction d'une dent. C'est un cas exceptionnel.

La solution de continuité produite par l'extraction d'une dent peut cependant n'être pas aussi simple. Ainsi une dent se trouve fixée à l'os, soit par suite de courbure considérable, de divergence, de convergence, d'exostose, de torsion des racines, si solidement que pour

la sortir de l'alvéole il faut distendre les parois au delà de leur résistance élastique, par conséquent leur faire subir une infraction.

Mon mode de traitement, dans tous les cas suspects, consiste uniquement dans l'aspersion de l'alvéole avec de l'eau phéniquée ou sublimée. Je ne conseille pas, comme Witzel, l'emploi d'une solution de sublimé à 2 0[0, parce que je la considère comme un caustique violent. Quand un patient se plaint de douleurs quelques jours après l'extraction d'une dent, on peut, comme on sait, rapporter le fait à deux causes.

C'est, ou bien une simple irritation de la gencive par les bords saillants des os, qui n'ont pas été résorbés assez rapidement et sur lesquels la gencive est fortement tendue ; ou bien une inflammation de l'apophyse-alvéolaire. Dans le premier cas, la gencive est sensible à la pression, surtout vers le limbe alvéolaire. Une simple incision à l'endroit où la gencive est tendue suffit pour produire un soulagement immédiat et durable. On peut obtenir le même effet au moyen de la gaîne en gutta-percha recommandée par Sauer, que je n'ai pas, il est vrai, expérimentée moi-même. Mais alors il ne faut pas oublier de désinfecter au préalable la gutta-percha et de bien asperger la plaie avec de l'eau sublimée au 1[2000 ou phéniquée dans la proportion de 1[50, afin d'empêcher le thrombus de se corrompre sous la gaîne, dans l'alvéole. Dans le second cas : dans l'inflammation de l'apophyse-alvéolaire, on trouve la gencive empreinte d'une coloration d'un rouge sombre surtout vers la base. Il faut alors déterger avec des liquides antiseptiques. L'essentiel, c'est que le thrombus de l'alvéole soit soumis à un traitement convenable. Ce thrombus est parfois septique, dès que le patient se plaint de douleurs quelques jours après l'extraction ; c'est là la cause justement de l'inflammation. Alors il faut enlever le thrombus, mais quelquefois il est ferme et non septique, et en ce cas, ce serait dommage de la faire disparaître.

Pour reconnaître la nature du thrombus, je dirige sur le coagulum un jet d'eau antiseptique, au moyen d'une seringue contenant environ 10 grammes de liquide. Mais la seringue ne doit pas être introduite dans l'alvéole, il faut seulement l'approcher du thrombus. Si ce dernier est septique, la force de l'injection le fait sortir de l'alvéole. Dans le cas contraire, il adhère aux parois alvéolaires assez solidement pour résister à l'effet mécanique du liquide injecté. En général, je renouvelle l'injection trois fois dans la même séance. Si le thrombus résiste, c'est qu'il est normalement constitué et on peut encore espérer que l'inflammation guérira d'elle-même. On fera bien cependant de s'assurer le lendemain et le surlendemain que le coagulum est encore ferme, car il s'amollit parfois à partir du fond, quand, par exemple, il s'était formé du pus septique dans l'os, avant l'extraction. Un dentiste habile saura également, s'il est nécessaire de détruire le thrombus, avant que celui-ci s'amollisse en dedans, afin de permettre l'écoulement du pus qu'il renferme. Au bout du troisième jour, l'amollissement du thrombus n'est plus à craindre, et, après le cinquième ou le sixième jour, tous les phénomènes inflammatoire ont disparu.

D'après ce que nous venons de dire, on voit comment il faut empêcher l'inflammation de l'os maxillaire ou de la partie alvéolaire après les extractions de dents. Jamais on ne doit se servir d'instruments peu propres. Dès 1882 j'ai montré que nous possédions dans

l'huile phéniquée, dont nous enduisons les becs de nos pinces, un excellent moyen de maintenir nos pinces en état de propreté. En effet, l'huile, grâce à ses propriétés physiques, empêche l'adhérence des mucosités, du tartre, etc., et le phénol s'oppose au développement des micro-organismes. Mais une solution trop faible aurait peu d'effet, attendu que l'huile atténue les propriétés antiseptiques de l'acide phénique. Aussi j'ai toujours préconisé le mélange de deux parties d'huile et d'une partie d'acide phénique. Pendant quelque temps j'ai employé au lieu d'huile la glycérine, qui atténue moins l'effet de l'acide phénique. J'y ai renoncé depuis, parce que la glycérine et l'acide phénique s'évaporent, tandis que la couche d'huile empêche l'évaporation de l'acide phénique.

Il faut nettoyer la pince soigneusement, surtout après les extractions faites dans le cas de périostite alvéolaire.

La pince à résection, en particulier, doit être maintenue propre et aseptique, parce qu'elle atteint l'os, tandis que les autres, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ne blessent que la gencive ou la partie qui la relie aux dents.

La pince pour les racines, qui parfois attaque l'os, doit également être l'objet de soins particuliers.

Immédiatement après l'extraction, la pince est débarrassée du sang, lavée, essuyée avec un linge propre ou de la ouate et enfin plongée par ses branches dans de l'huile phéniquée dans la proportion de 1/2.

Ainsi l'instrument est tout prêt. Immédiatement avant l'extraction, la pince, recouverte d'acide phénique, est essuyée avec un linge propre ou mieux avec de la ouate salycilée, puis plongée un instant dans 5/100 d'eau phéniquée. Mais si la pince n'était pas recouverte d'huile phéniquée, une immersion de quelques minutes dans de l'eau phéniquée à 7 ou 10/100, comme le recommande Mooetig-Moorhof, suffit à peine pour assurer la désinfection.

L'infection septique peut encore être déterminée par les matières en fermentation qui sont attachées aux dents peu soignées et que la pince refoule sous la gencive. En ce cas, il est bon, ainsi que le recommande Schreiter, d'essuyer la dent à son collet avec de la ouate sèche, puis trempée dans une solution de sublimé. Mais il faut le faire simplement et sans embarras, au moment où on examine la dent. Witzel va plus loin; il croit nécessaire de frotter la gencive avec la brosse à dents. Certes, on ne saurait être trop rigoureux en antisepsie, mais un opérateur tant soit peu aimable ne voudra pas effrayer son client en le soumettant à des manipulations superflues. C'est pourquoi je ne tiens pas à l'emploi de la brosse; je me contente, à l'occasion, d'essuyer et de laver la dent, et cela me paraît absolument suffisant.

Telles sont les précautions à prendre pour empêcher l'infection des blessures produites par les extractions de dents et pour le traitement de l'ostéite alvéolaire qui résulte parfois de la décomposition septique du thrombus alvéolaire. Elles sont peu compliquées et d'un emploi général. Cependant on néglige souvent toute mesure de prudence : l'opérateur et le patient sont également négligents. Dans ces conditions, l'extraction peut avoir çà et là des suites funestes. Mais si les cas en sont rares par suite de circonstances favorables à la guérison (probablement grâce à la concurrence des bactéries non pathogènes), ils n'en méritent pas moins d'intérêt et

montrent quelles précautions il faut prendre même pour une opération généralement considérée comme insignifiante, telle que l'extraction des dents.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Propriétés anesthésiques du strophantus. — II. Incompatibilités entre les antiseptiques. — III. L'eau oxygénée comme antiseptique. — IV. Incompatibilité du chlorhydrate de cocaïne et du borate de soude. — V. Acide sulfo-phénique. — VI. Toxicité du bismuth. Stomatite bismuthique. — VII. Action antihémorragique de la Bryonia Alba.

PROPRIÉTÉS ANESTHÉSIQUES DU STROPHANTUS

D'après la *Revue de clinique et de thérapeutique* du 20 septembre 1888, le Dr Steinach, Innsbrück, aurait constaté que le strophantus hispidus jouit de propriétés anesthésiques. En instillant dans l'œil quelques gouttes d'une solution aqueuse au dixième d'extrait éthéré alcoolique ou aqueux de strophantus, il se produit, au bout de vingt-cinq minutes, une anesthésie de la cornée et de la conjonctive qui peut persister chez l'homme pendant trois à cinq heures. Cette anesthésie locale se traduit plus tardivement qu'avec la cocaïne, mais elle dure plus longtemps.

Steinach ignore quel est le principe anesthésique du strophantus, mais il affirme que ce n'est pas la strophantine, attendu que celle-ci, loin de produire l'anesthésie, détermine de la douleur. Il se demande si les effets anesthésiques du strophantus ne seraient pas dus à l'inéine ou à la strophantidine.

(*Archives de Pharmacie*).

INCOMPTABILITÉS ENTRE LES ANTISEPTIQUES

Il y a incomptabilité entre les antiseptiques suivants :
Sublimé et iode;
Sublimé et savon;
Acide phénique et iode;
Acide phénique et permanganate de potasse;
Iode et savon;
Acide salicylique et savon;
Acide salicylique et permanganate de potasse;
Permanganate de potasse et huile, savon ou glycérine.

(*Bristish medical Journal et Pharm., Post., XXI*, 1888, 553.)

TROMP. — L'EAU OXYGÉNÉE COMME ANTISEPTIQUE

L'auteur conseille l'emploi de l'eau oxygénée, en addition à l'eau potable, comme antiseptique. D'après lui, il suffit d'ajouter une partie d'eau oxygénée à une quantité d'eau variant de 5,000 à 50,000 parties pour la stériliser complètement en vingt-quatre heures.

Les spores du sang de rate et de bacille typhique sont tués par une dilution de 5 pour 10,000. Le bacille du choléra est tué par une dilution au dix-millième en cinq minutes.

(Centralblatt für Bakteriologie, 1888, n° 25 et Fortschritter Medicin, VI, 1888, 528.)

INCOMPTABILITÉ DU CHLORHYDRATE DE COCAINE ET DU BORATE DE SOUDE

M. Grimbert communique à la Société une note de M. Levaillant, pharmacien à Crépy-en-Valois, qui a remarqué qu'en mélangeant le chlorhydrate de cocaïne et le borate de soude dans des collyres ou des gargarismes, il se produisait un précipité de cocaïne. M. Levaillant fait disparaître ce précipité en ajoutant quelques gouttes de glycérine.

D'après M. Grimbert, le sirop de mûres peut contribuer à la redissolution du précipité à cause de l'acide qu'il renferme. Quant à l'explication à donner à l'action de la glycérine, on sait que plusieurs autres ont signalé le dégagement d'acide carbonique qui a lieu quand on mélange la glycérine, le borate de soude; il doit se produire quelque chose d'analogue dans le cas observé par M. Levaillant.

(Archives de Pharmacie.)

ACTION ANTIHÉMORRHAGIQUE DE LA BRYONIA ALBA

Par M. PETRESCO (de Bucarest.)

La Bryonia alba, dont les caractères sont distinctifs de la Bryonia dioïca, produit, lorsqu'elle est administrée à des animaux, une contraction des vaisseaux capillaires qui peut aller jusqu'à l'arrêt de la circulation.

Nous avons fait des applications cliniques sur des cas d'hémorragie de différentes sources (métrorragies post-puerpérales), nous avons obtenu les meilleurs résultats.

La dose ordinaire est de 20, 25, 30 grammes de racine sèche pour 300 grammes d'eau.

En faisant l'analyse de cette racine, M. Urbéano a trouvé plusieurs principes résineux et glycosidiques en extraits alcooliques et aqueux. Le glycoside a donné l'action la plus énergique; nous lui avons donné le nom de bréïne du nom populaire bréï que porte la Bryonia alba en Roumanie. Avec 20 centigrammes du glycoside dans 1 gramme d'eau pour les lapins, avec 10 centigrammes pour les grenouilles nous avons obtenu les mêmes résultats.

On peut donc ranger la Bryonia alba parmi les meilleurs médicaments antihémorrhagiques.

(De la Bryonia alba.)

TOXICITÉ DU BISMUTH. — STOMATITE BISMUTHIQUE

MM. Dalché et Villejean publient dans le *Bulletin de thérapeutique* le résultat d'expériences montrant la toxicité du bismuth. Ce que nous avons à noter dans ces expériences c'est que le bismuth déter

mine une stomatite avec coloration spéciale. Le bismuth doit donc être rangé parmi les métaux toxiques, le plomb, l'argent, le mercure. Voici ce qui nous intéresse plus particulièrement dans l'étude de MM. Dalché et Villejean.

Si le sous-nitrate de bismuth, pris par les voies digestives, est inoffensif, ce fait trouve son explication dans l'insolubilité du sel qui n'est presque pas attaqué par le liquide facilement acide de l'estomac, et qui est complètement insoluble dans le suc intestinal dont la réaction est alcaline. Au contraire, déposé à la surface d'une plaie ou projeté par des injections sous-cutanées, il occasionne des accidents aigus ; car l'oxyde de bismuth contracté avec les matières protéïques forme une combinaison soluble non seulement dans les alcalis et les acides organiques, mais encore dans un excès d'albumine. L'absorption lente et continue du métal ainsi favorisée entraîne une intoxication qui se manifeste par une stomatite toute particulière. Un liséré brun violacé, noirâtre, luisant, se dépose sur le rebord gingival ; des plaques de même couleur se montrent sur les parois de la bouche et sur la face inférieure de la langue.

Dans les cas les plus aigus, cette stomatite se complique de gangrène. En outre surviennent de l'albuminurie, une entérite avec selles sanglantes dysentériformes et une légère congestion hépatique avec de la polycholie.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

MISCELLANEA

CHIRURGIE. — *Des abcès spirillaires* ; par MM. VERNEUIL et CLADO

« Dans la séance du 3 septembre 1888, nous avons eu l'honneur de vous entretenir de la présence dans les abcès de différents microbes associés aux globules de pus et aux microcoques pyogènes et donnant à ces abcès un caractère spécifique. A cette époque, seize variétés étaient signalées et la liste n'était certainement pas close, car nous y avions ajouté déjà le cas très curieux d'un abcès du doigt renfermant des spirilles de la salive.

« Cette constatation tout à fait inattendue, résultat d'une auto-inoculation traumatique par transfert du microbe d'une région à une autre (l'origine de cet abcès était singulière. Le malade l'avait contracté pour s'être blessé légèrement le doigt avec le crochet d'une pièce prothétique supportant des dents artificielle), nous fit songer à examiner au point de vue bactériologique le contenu des abcès en communication indirecte avec la cavité buccale : il nous semblait possible, *a priori*, que les microbes de la salive s'engageant dans les vaisseaux lymphatiques pussent parvenir jusqu'aux ganglions et se mélanger au pus des adénites cervicales. Or nos prévisions se sont pleinement réalisées dans deux cas que nous avons récemment observés.

« Dans le premier, il s'agissait d'un homme de vingt-huit ans, ayant plusieurs dents cariées ou douloureuses, entre autres la première grosse molaire droite. La gencive était enflammée, ainsi que le périoste alvéolo-dentaire ; un abcès formé dans un des ganglions sous-maxillaires était saillant, du volume d'une noix, rouge, fluctuant, prêt à s'ouvrir. La ponction fut faite avec un tube Pasteur et le pus immédiatement examiné au laboratoire. Il renfermait de nombreux leucocytes, des microcoques pyogènes assez abondants et, en quantité beaucoup moindre, des spirilles de la salive bien caractérisés. On trouvait également certains autres microbes qu'on rencontre d'ordinaire dans les fluides buccaux, entre autres le diplocoque à capsule de la pneumonie.

« Le pus était fétide.

« Par la culture, on a obtenu principalement des colonies de staphylocoques dorés, comme en cas de suppuration aiguë des os, mais point de spirilles.

« Le second cas est relatif à une jeune femme de 20 ans, entrée à l'hôpital pour une adénite sous-maxillaire droite, consécutive à l'extraction d'une molaire cariée faite 15 jours auparavant. L'inflammation était aiguë, mais de date récente encore. Aussi la tumeur ne proéminait guère, offrait à peine le volume d'une amande et formait une plaque dure plutôt qu'une collection liquide. On ne sentait point de fluctuation, mais les douleurs étaient vives avec fièvre, insomnie inappétence, de sorte que l'on se décida à atteindre le centre du ganglion en suivant les règles opératoires tracées par l'un de nous ; une simple ponction, faite avec un bistouri à la lame étroite, pénétra dans une cavité très petite dont on put néanmoins extraire trois ou quatre gouttes d'un pus épais non fétide, qui fut immédiatement examiné au microscope.

« Les globules de pus étaient assez nombreux et bien formés ; mais, contrairement à ce que l'on avait observé dans le premier cas, les microcoques pyogènes étaient relativement moins abondants que les spirilles, qui existaient en quantité considérable et formaient, en certains points, de véritables touffes filamenteuses.

« A peine si l'on rencontrait quelques-uns des autres microbes buccaux, d'ailleurs tout à fait indépendants des globules purulents. La bouche, soigneusement examinée, ne présentait pas d'autre plaie que celle de l'alvéole.

« Les cultures, comme dans le cas précédent, fournirent surtout en abondance le staphylocoque doré, mais point de spirilles.

« Un tube à drainage fut placé dans la petite incision et poussé jusqu'au fond du foyer purulent ; il servit à porter dans ce dernier, aussitôt et dans la suite, des injections phéniquées. Les accidents furent immédiatement arrêtés et les progrès du mal suspendus. Le pus sortant par le drain fut examiné de nouveau quarante-huit heures après l'ouverture du foyer. Il était riche encore en globules purulents, mais pauvre en microcoques pyogènes. Les spirilles ne s'y rencontraient plus. »

A en juger par l'acuité et l'intensité des phénomènes notés dans l'observation précédente, et qu'on retrouve d'ailleurs très souvent dans les phlegmons sus-hyoïdiens d'origine buccale, les microbes de la salive, et surtout les spirilles, semblent posséder à un très haut degré les propriétés phlogogène et pyrogène, sans compter la tendance à produire des phlegmons septiques et gangréneux. Les adé-

nites aiguës du triangle sous claviculaire, de l'aisselle, du pli de l'aine sont, en effet, incomparablement plus bénignes. Mais ce n'est point seulement dans le système lymphatique et dans les ganglions que la pénétration des fluides buccaux cause de grands désordres, le tissu conjonctif peut être aussi gravement atteint. Nous en avons pour preuve le cas d'une jeune dame de province qui s'est récemment présentée à notre observation.

« Petite, chétive, un peu pâle et d'ailleurs mal remise de sa dernière maladie, elle venait consulter pour une flexion permanente de tous les doigts, dans la paume de la main et de la main elle-même, sur l'avant-bras. Cette attitude vicieuse, qui supprimait pour ainsi dire l'usage du membre et causait encore des douleurs assez vives, avait pris naissance à la suite d'un phlegmon de la paume de la main, étendu aux espaces intermusculaires de la face antérieure de l'avant-bras; il avait fallu faire des incisions multiples, larges et profondes, suivies de lavages et de pansements antiseptiques, et c'est au bout d'un mois seulement que le phlegmon avait disparu et que les plaies s'étaient cicatrisées. A peine est-il nécessaire de dire qu'une fièvre violente avec douleurs très intenses avait, pendant plusieurs jours, inspiré de sérieuses inquiétudes.

« Mais l'intérêt de ce cas réside surtout dans les circonstances étiologiques.

« La dame avait presque toutes les dents gâtées. Un jour, elle se piqua très légèrement la paume de la main avec la pointe d'une petite lime à ongle dont elle venait de se servir pour gratter la cavité d'une dent. Cette blessure insignifiante donna naissance, dès le lendemain, à un phlegmon sous-aponévrotique très intense, avec formation de pus mélangé de gaz et horriblement fétide. Une incision très précoce n'empêcha pas la propagation de l'inflammation à l'avant-bras, où il fallut inciser de nouveau. »

Bien que l'examen microscopique n'ait point été fait dans le cas précédent, nous n'hésitons pas à le rapprocher de celui du panaris à spirilles signalé plus haut. Ces deux observations réunies mettent en pleine évidence les propriétés éminemment délétères des fluides buccaux et le danger de leur auto-inoculation, au moins chez les sujets atteints de carie dentaire.

Tout porte à croire que les accidents sont dus à quelques microbes pathogènes. Reste à savoir si les spirilles en sont particulièrement responsables (1).

LE COCAINISME

On a beaucoup parlé des accidents immédiats qui peuvent suivre les injections de cocaïne, surtout chez les sujets qui n'en font pas un usage habituel; mais les troubles résultant de l'emploi prolongé de cette substance sont beaucoup moins connus. Ils sont cependant

---

(1) Nous trouvons dans *Revue des Sciences médicales* de Hayem, 15 janvier 1889, p. 317, à l'article Abcès, l'indication suivante : *Abcès sous-maxillaire*; *présence dans le pus du microcoque tétragène*, par M. Roswell Park, *Med. News*, 6 oct. 1888. Nous n'avons pu nous procurer ce Recueil.

assez graves, comme le prouvent plusieurs observations communiquées récemment à la Société de biologie par MM. Magnan et Saury, et il est d'autant plus intéressant d'insister sur leur existence que l'on a proposé de déshabituer les morphinomanes de leur poison en substituant la cocaïne à leur toxique habituel. Or on s'habitue aussi à la cocaïne, et il n'y a guère à gagner au change.

Chez les malades dont MM. Magnan et Saury ont raconté l'histoire, les troubles prédominants portaient sur la sensibilité générale. Ainsi, il y avait des hallucinations qui donnaient la sensation d'un corps étranger sur la peau. Un de ces malades raclait sa langue et s'imaginait en voir sortir des petits vers noirs ; il fouillait de petits abcès dont il était atteint *pour en retirer les microbes du choléra*; un autre, qui était pharmacien, s'écorchait la peau, et, fouillant au fond de la plaie, en *retirait des microbes* avec l'ongle ou la pointe d'une épingle ; un troisième, médecin celui-là, s'acharnait à la recherche de cristaux de cocaïne sous la peau. A remarquer d'ailleurs la place que les microbes tendent à prendre dans les délires.

Après les troubles de la sensibilité de la peau, qui se sont montrés les premiers, ont apparu des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de l'odorat ; tous phénomènes indiquant une action de la cocaïne s'exerçant d'arrière en avant sur l'écorce des hémisphères cérébraux, des centres préposés à la sensibilité générale aux centres sensoriels, puis encore aux centres psycho-moteurs. On sait que la morphine, au contraire, ne donne qu'exceptionnellement lieu à des hallucinations, et seulement chez des sujets prédisposés.

Ce qui est à noter, c'est que chez les malades atteints de cocaïnisme chronique, l'insensibilité à la douleur, qui est le résultat du cocaïnisme aigu, était fort peu accusée. Toutefois, certaines régions étaient manifestement analgésiques, car un malade avait pu s'introduire dans l'anus, sans grande souffrance, un couteau et des aiguilles.

Enfin, deux malades, cités par les mêmes auteurs, ont eu des attaques épileptiques, et un troisième a eu des crampes. Ces épilepsies toxiques, qui disparaissent généralement avec la cause qui les provoque, ont d'ailleurs disparu dès que les malades ont été délivrés de leur poison.

Les trois malades qui ont fait l'objet des observations de MM. Magnan et Saury étaient des morphinomanes invétérés qui s'étaient livrés à la cocaïne pour pouvoir plus facilement abandonner la morphine. Pendant plus d'une année, ils s'étaient quotidiennement injecté de 1 à 2 grammes de cocaïne, sans pour cela, d'ailleurs, cesser les injections de morphine, dont ils avaient seulement réduit la dose à dix centigrammes.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

UNE NOUVELLE FORME D'OR A AURIFIER

Depuis quelques années on s'est ingénié à rendre l'aurification plus facilement exécutable, tout en diminuant le temps qu'elle exige. Etant donné que jusqu'ici l'or est la matière obturatrice

par excellence, c'est rendre un grand service à la profession que de mettre à sa disposition un or réellement plastique, restant parfaitement homogène après sa condensation, ayant toutes les qualités de l'or adhésif bien fait, sans en avoir les inconvénients.

Parmi les différentes formes d'or cristallisé ou semi-cristallisé qui nous ont été présentés ces dernières années, aucun ne nous a paru aussi riche de promesses que celui qui nous a été soumis par MM. Contenau et Godart fils.

Quelques essais montrent qu'il y a des qualités toutes différentes des ors spongieux, cristallisés, etc., de fabrique américaine et allemande. A le fouler, il semble que ses cristaux s'agglomèrent en un lingot dur, compact, sans qu'il se produise le moindre ébranlement ou ballottage de la masse, quelle que soit la force et la direction de la pression, — si excentrique soit-elle. — Il se moule aux parois de la cavité comme une pâte, il se durcit comme de l'or fondu, sans traces de désagrégation et d'effritement.

Cette nouvelle forme d'or est destinée à produire une révolution en Art Dentaire, en étendant les services de l'aurification, en rendant possible à tous ce qui n'était que l'apanage d'une élite.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

PÉRIODIQUES. — TRAVAUX ORIGINAUX

Die zahntechnische Reform (janvier 1889).

Die zahnartzliche Unterrichtsfrage. — La question de l'enseignement pour les dentistes.

The British Journal of dental science (février 1889).

Some suggestions of metal cap crowns. — Observations sur le coiffage en métal des couronnes.

Implantation of teeth. — Implantation de dents.

Dental abscess. — Abcès dentaire.

When is nitrous oxide a dangerous anœsthetic? — Quand l'oxyde nitreux est-il un anesthésique dangereux?

The archives of dentistry (décembre 1888).

Tempering instruments. — Trempe des instruments.

Copper amalgam die plate for stamping gold crowns. — Plaque d'amalgame de cuivre pour l'estampage des couronnes d'or.

A new adaptation of the steel wire spring. — Nouvelle adaptation du ressort en acier.

Danger in « tootache drops ». — Danger des « gouttes contre l'odontologie ».

Fetor or foul breath. — Fétidité de l'haleine.

Arsenious acid. — Acide arsénieux.

Notes from a dental college. — Notes sur un collège dentaire.

(Février 1889)

The reduced vulcanizing time. — Réduction du temps nécessaire pour la vulcanisation.

Replantation. A case. — Un cas de réimplantation.

A new mode of extracting teeth. — Un nouveau mode d'extraction.

Pregnancy and dental operations. — Grossesse et opérations dentaires.

Why does desicating a cavity modify sensibility? Advantages of the practice. — Pourquoi le dessèchement d'une cavité modifie-t-il la sensibilité? Avantages de l'opération.

Is dentistry a science? — La dentisterie est-elle une science?

Immediate root filling. A failure. — Obturation immédiate de la racine. Un insuccès.

Zahnartzliches Wochenblatt (février 1889).

Die anwendung von kupfer-amalgam. — Emploi de l'amalgame de cuivre.

VIERTELJAHRSSCHRIFT FUR ZAHNHEILKUNDE (janvier 1889).

Das Schwinden der Milchzahnwurzel. — Résorption de la racine des dents de lait.

Gibt es überzählige Eckzahne? Sind die centralen oberen Schneidezahne durch Verschmelzung zweier Kleiner Schneidezahne entstanden? — Y a-t-il des canines en excès? Les incisives centrales supérieures résultent-elles de la disparition de deux petites incisives?

Zehn Falle von Extraction, Füllung und Replantation wegen Caries. — Dix cas d'extraction, d'obturation et de réimplantation à cause de carie.

Zahntechnische Modelle aus Kupfer, im wege der Galvanoplastic. — Modèles prothétiques en cuivre au moyen de la galvanoplastie.

The dental record (janvier 1889).

A case of epulis. — Un cas d'épulis.

An unerupted bicuspid. — Une bicuspide qui n'est pas sortie.

Treatment of pulpless teeth. — Traitement des dents sans pulpe.

(février 1889).

On copper amalgam, — L'amalgame de cuivre.

Case of artificial lower lip after removal of the natural organ for epithelioma. — Cas d'une lèvre artificielle après ablation de l'organe naturel par suite d'épithélioma.

United fracture of teeth. — Fracture unie des dents.

The dental Cosmos (février 1889).

Disease of the Antrum due to dental complications and its treatment. — Maladie de l'*antrum* due à des complications et son traitement.

The early diagnosis and treatment of tumors of the jaw. — Diagnostic prématuré et traitement des tumeurs de la mâchoire

Etiology of irregularities of the jaws and teeth. — Etiologie des irrégularités der mâchoires et des dents.

Ethics. — Ethique.

Vol. 9. Paris, Mars 1889 N° 3.

L'ODONTOLOGIE

EMPLOI DU PLATRE ET DU SUBLIMÉ CORROSIF

POUR LE COIFFAGE DES PULPES
ET POUR L'OBTURATION DES CANAUX.

par Paul Lehr.

Au mois d'août 1888, j'ai remis à M. Dubois une toile iodoformée pour le coiffage des pulpes (toile qu'il a bien voulu essayer et présenter à la Société d'Odontologie).

Bien qu'en ayant eu des résultats satisfaisants, j'ai dû l'abandonner à cause de l'odeur désagréable de l'iodoforme.

Je me suis alors adressé au plâtre et au sublimé; j'en ai obtenu les meilleurs effets : là où la toile n'était pas supportée, le plâtre m'a rendu le service demandé, car, si la pulpe n'est pas trop blessée; on a toutes les chances de succès.

Mode d emploi :

La cavité préparée, je la lave avec un morceau d'amadou, trempé dans une solution de sublimé corrosif au millième; je la dessèche à nouveau et, dès que la pulpe ne saigne plus, je la coiffe avec la pâte suivante :

Plâtre....................
Solution de sublimé 1/1000. q s.

Avec un morceau d'amadou bien sec, je presse cette pâte légèrement contre la voûte de la cavité.

L'amadou a le double avantage d'exercer une pression égale et d'absorber l'excès de liquide contenu dans le plâtre, qui se solidifie aussitôt. Après l'application de cette pâte, je prépare à nouveau ma cavité, tout en respectant la couche protectrice de la pulpe; je la dessèche avec la poire à air chaud et la recouvre d'une solution de mastic dissous dans l'éther.

Ce badigeonnage donne plus de résistance au plâtre pour mieux supporter une obturation au ciment ou à l'amalgame.

De cette manière d'opérer, j'ai des résultats datant des mois de septembre et octobre 1888, époque à laquelle j'ai entrepris mes essais.

Comme le bi-chlorure de mercure corrode les instruments métalliques et leur enlève leur tranchant, je me suis fait fabriquer par la maison Ash et fils des *pinces spatules* et *excavateurs cuillers* en corne.

Je me sers seulement de l'excavateur-corne pour enlever l'excès de plâtre de la cavité avant qu'il ne durcisse.

OBTURATION DES CANAUX.

Faut-il obturer les canaux ou les abandonner à la septicémie? A mon avis on doit les obturer, même, quand les racines doivent être recouvertes d'une pièce de prothèse. Ne pas le faire serait créer un foyer favorable au développement des micro-organismes.

Faut-il les obturer en une ou plusieurs séances?

Pour des des dents fraîchement dévitalisées, je les obture en une seule séance; les dents abandonnées depuis un certain temps à la gangrène je préfère les traiter en renouvelant les pansements à courts intervalles (deux ou trois pansements suffisent). On verra dans les observations que j'ai des cas de cette dernière catégorie traités en une seule séance et avec succès.

Je le fais seulement quand les personnes ne sont pas de la ville ou qu'elles ne peuvent pas facilement se déplacer.

Je fais ces pansements avec du coton, que je foule sec dans la cavité, sans trop le tasser, et l'imprègne avec une solution éthérée alcoolique de sublimé corrosif (il se laisse moins bien manier si on le trempe avant).

Voici la formule éthérée alcoolique de bi-chlorure de mercure:

Bi-chlorure de mercure.	1 gramme.
Alcool à 96°...........	250 cm. cubes.
Éther à 65°...........	250 »

Je me sers de volumes et non de poids; je tiens à garder les proportions de 1/500. Mes premiers essais ont été faits avec une solution aqueuse aussi 1/500.

L'éther et l'alcool ont l'avange de dissoudre les corps gras et defouiller les cavités là où la sonde n'a pu toucher.

Pour bien nettoyer les canaux, je m'en rends l'accès aussi facile que possible et je les agrandis avec la fraise; j'évite de perforer l'apex; de fréquents lavages sont nécessaires pour éloigner les bavures que la fraise pourrait refouler au delà du foramen.

Pour mieux me guider et opérer plus sûrement, je sonde de temps à autre.

Les pâtes iodoformées m'ont donné de bons résultats, mais, leur odeur est tellement désagréable et persistante que les clients s'en plaignent quelquefois encore après l'obturation définitive.

Le coton imprégné d'acide phénique a aussi été employé : il n'offre jamais les garanties du plâtre qui remplit tous les interstices et adhère aux parois des cavités.

Voilà les motifs qui m'ont poussé à commencer mes essais au mois de septembre dernier. Je suis content de les avoir entrepris, car j'ai obtenu des résultats très satisfaisants. La combinaison de plâtre et de sublimé a été discutée au Congrès des dentistes à Dresde en 1887 (ce que je ne savais pas quand j'ai commencé mes expériences ; je ne le sais que depuis le commencement de ce mois, soit mars 1889).

On a objecté au sublimé qu'il décolorait quelquefois les dents, je n'ai pas encore eu l'occasion de m'en apercevoir. Cet accident ne serait-il pas le résultat de solutions trop concentrées, ou du contact du sublimé avec des instruments métalliques ?

M. Adolphe Witzel se servait d'une solution alcoolique de 20 0/0 ; cette solution détruisait sûrement tous les micro-organismes, mais le sublimé est tellement corrosif qu'il a dû faire des ravages au delà du foramen (accidents nécrosiques).

En outre le sublimé corrosif à ce degré de concentration n'est pas un liquide maniable ; une goutte de cette solution contenait un centigramme de ce violent poison.

Pourquoi des solutions si concentrées quand une solution de 1/500 ou 1/1000 peut suffire ?

La cavité bien nettoyée à la fraise, je la lave à grande eau (l'eau tiède vaut mieux que l'eau froide), je la dessèche avec du coton et je retire avec des tire-nerfs ou des sondes les matières organiques qui pourraient encore se trouver dans les canaux.

Enfin j'entoure un tire-nerfs d'un peu de coton, je l'imbibe de solution éthéréealcoolique de bichlorure de mercure et je déterge le canal.

Si je ne puis arriver jusqu'au foramen, j'y laisse pénétrer une goutte de la solution éthérée qui y parvient sûrement.

Eviter de porter des matières organiques au delà du foramen, la moitié du succès est obtenu.

MODIFICATION

Les canaux bien propres, je les dessèche à nouveau, les injecte, à l'aide d'une seringue de Pravaz, et cela à deux reprises différentes, en activant chaque fois l'évaporation de l'éther et de l'alcool, avec la poire à air chaud.

Solution qui me sert pour injecter les canaux.

Bichlorure de mercure.	0,20	grammes
Mastic en lames.	10	»
Ether à 65° alcool à 96° ââ. . .	50	cent. cubes.

Si le plâtre ne se laisse pas refouler de manière à remplir les canaux, qui sont quelquefois trop étroits, j'ai au moins la garantie, si la cavité a été bien desséchée, d'avoir recouvert les parois d'une bonne couche antiseptique.

Je les remplis ensuite avec la pâte de sublimé préparée avec la solution aqueuse 1/500.

Plâtre.	q. s.
Solution aqueuse de sublimé corrosif 1/500.	q. s.

Après avoir enlevé l'excès de plâtre, je dessèche avec la poire à air chaud et j'obture soit avec de l'oxyphosphate ou avec de l'amalgame de cuivre.

Il faut éviter de laisser du plâtre dans la cavité destinée au ciment ou à l'amalgame, il nuirait à la solidité du plombage.

La digue facilite beaucoup le travail; mais, en présence de racines, on ne peut pas s'en servir. Je garnis donc les gencives de coton qui absorbe les liquides qui découlent de la cavité.

Je préconise beaucoup les amalgames de cuivre, parce qu'ils sont antiseptiques par eux-mêmes; ce sont aussi les plombages que j'ai vus le mieux résister dans les caries du collet.

Si dans les dents où la pulpe a été détruite par l'acide arsénieux il reste des parties vitales, je les respecte; je nettoie la cavité jusqu'aux endroits sensibles, je lave avec la solution de bichlorure de mercure au millième, je tamponne avec la solution éthérée alcoolique à 1/500, puis j'obture comme précédemment. Si les résultats me semblent douteux, je recouvre la pâte plâtre antiseptique pendant une quinzaine de jours avec de la gutta-percha. Au bout de ce temps, si le patient n'a pas éprouvé de douleurs ou de sentiment de gêne quelconque, j'obture définitivement en remplaçant la gutta-percha soit avec du ciment, soit avec de l'amalgame.

Je fais les manipulations du sublimé avec des instruments en corne et ivoire comme le dit ma note sur le coiffage des pulpes.

Je remercie M. Charles Witzel de l'obligeance qu'il a eue de m'autoriser à continuer mes essais, et, de m'avoir permis de joindre quelques-unes de ses propres observations aux miennes.

Observations fournies par M. Ch. Witzel, dentiste diplômé.

Mme B..., directeur de fabrique. — La deuxième grosse molaire inférieure gauche a été obturée une première fois (1875), Mme B... se plaint de douleurs et de mauvaise haleine.

J'enlève l'ancienne obturation et me trouve en présence d'une chambre pulpaire et de racines gangrenées. Après le pansement décrit par M. Lehr, j'obture au plâtre-sublimé et amalgame de cuivre. (En une séance).

M. Th..., négociant. — Deuxième grosse molaire supérieure droite, atteinte de pulpite aiguë.

Première séance. — Cautérisation à l'acide arsénieux.

Deuxième séance. — Traitement au sublimé. Obturation, plâtre-sublimé et amalgame de cuivre. (En deux séances).

M. H..., employé. — Première grosse molaire inférieure gauche atteinte de pulpite, cautérisation à l'acide arsénieux. Obturation au plâtre-sublimé et amalgame de cuivre.

Tous nos essais ont été jusqu'à, ce jour, couronnés de succès.

En septembre 1888.

Mlle C..., domestique. — Trois dents gangrenées. Deux pansements.

Obturation au plâtre sublimé et ciment.

En 1889.

M. Ch..., employé, n° 13.— Première incis. droite supérieure, gauche supérieure, deuxième, réséquées en avril 1886, abandonnées à la septicémie et recouvertes d'une pièce de prothèse.

Traitement : En une seule séance et obturées au plâtre et ciment Il m'a été impossible d'employer l'amalgame parce qu'il ne me restait pas assez de dentine pour préparer une cavité convenable.

Mlle S..., domestique, n° 6. — Première incisive supérieure droite gangrenée depuis plusieurs années. Deux pansements. Obturation au plâ're-sublimé et ciment.

M. T..., négociant, n° 17.— Deuxième petite molaire inférieure droite, pulpe gangrenée, un pansement, obturée au plâtre-sublimé et amalgame de cuivre.

Mme L..., n° 15, (1re observation). — Deuxième grosse molaire supérieure gauche dévitalisée à l'acide arsénieux. Obturation au plâtre-sublimé et ciment.

Mme L..., n° 21, (2e observation.) — Incisive supérieure droite. Pulpe gangrenée depuis un an environ, deux pansements. Obturation au plâtre-sublimé et ciment.

Mlle H..., institutrice, n° 22. — Première petite molaire supérieure droite, carie compliquée de périostite alvéolo-dentaire. Trois pansements. Obturation au plâtre-sublimé et amalgame de cuivre.

T. S..., garçon de 14 ans, n° 14. — Première grosse molaire inférieure gauche, dévitalisée à l'acide arsénieux. Un pansement. Obturation au plâtre-sublimé et ciment.

Observation. — Le jeune homme a gardé l'acide arsénieux pendant cinq jours dans la dent.

M. H..., employé. — Deuxième grosse molaire inférieure

gauche, dent abandonnée à la gangrène depuis assez longtemps. Deux pansements. Obturation au plâtre-sublimé et ciment.

M. X...,ouvrier.— Une grosse molaire supérieure droite, dévitalisée à l'acide arsénieux et obturée au plâtre et à l'amalgame.

QUELQUES FAITS NOUVEAUX SUR LES AMALGAMES

Par M. P. Dubois

Communication à la Société d'Odontologie
(*Séance du* 12 *mars* 1889).

I. Les Amalgames de cuivre. — II. Combinaison d'or et d'amalgame.

Depuis quelques années il s'est fait en Amérique un mouvement en faveur des amalgames de cuivre. Il n'est pas à ma connaissance que, jusqu'ici, ce mouvement ait été suivi dans notre pays. Je pense donc qu'il est opportun de vous présenter les faits essentiels se rattachant à cette question. J'y joindrai les essais du correspondant de l'Odontologie en Amérique, M. Dwight Clapp, de Boston, sur la combinaison de l'or et de l'amalgame dans la même cavité.

I. — Amalgames de cuivre.

Vous le savez, l'amalgame est d'invention française : les dentistes du commencement du siècle employaient les métaux fusibles à basse température tels que le métal Darcet pour obturer les dents lorsqu'en 1818 Regnard fit connaître que l'addition d'un dixième de mercure à l'alliage Darcet abaissait le point de fusion. Un peu plus tard, en 1826, Taveau composa le premier amalgame à froid à l'aide d'une poudre d'argent vierge et de mercure.

Depuis, les essais sur les amalgames ont été nombreux et actuellement leur composition s'écarte peu de la formule que donnait tout à l'heure mon ami Chauvin. Quelle que soit sa supériorité sur les formules où l'étain entre pour une grande part, il n'en est pas moins vrai qu'il n'échappe pas entièrement au reproche fondamental adressé à l'amalgame : la contractilité.

Dans les amalgames chargés d'argent et lorsque l'or ou le cuivre viennent s'y ajouter, on n'a à redouter qu'un minimum de contraction, mais elle n'en existe pas moins. Que l'amalgame bien

fait et employé dans des dents d'adultes de bonne qualité donne de bons résultats, cela n'est pas contestable mais il n'en découle pas que cette matière obturatrice ait aujourd'hui toutes les qualités qu'on peut souhaiter, et ici je fais abstraction de la couleur pour ne parler que de la permanence de la forme qui est, je crois, la qualité maîtresse d'une bonne matière obturatrice; si l'amalgame la possédait, l'or serait bien menacé dans sa suprématie. Vous savez qu'il n'en est pas ainsi

De l'aveu de la plupart des expérimentateurs, l'amalgame de cuivre a une stabilité qu'on ne peut obtenir avec les alliages. Dès 1872, Ch. Tomes montrait par des expériences qu'il pouvait presque rivaliser avec celui de palladium qui a la plus faible contraction parmi tous les amalgames. En plus de cette propriété physique l'amalgame de cuivre a une action favorable sur la texture de la dentine, il la durcit et la rend moins susceptible de carie. Dans les essais faits par moi sur l'association de certains médicaments à la gutta percha, j'ai observé la pénétration du sulfate de cuivre dans toute l'épaisseur de la dent; il est probable que l'amalgame de cuivre donne naissance à des phénomènes analogues et qu'il se forme une combinaison de cuivre sulfuré pénétrant la dentine au moins superficiellement : cela explique pourquoi les cavités où l'amalgame de cuivre a séjourné deviennent à surface éburnée résistant très bien à l'excision des instruments d'acier.

Enfin les sels de cuivre ont une action antiseptique indéniable et pour cette raison encore, on comprend leur rôle bienfaisant dans les cavités des dents cariées.

Il y a longtemps que l'amalgame de cuivre serait le seul employé s'il n'avait pas l'inconvénient de noircir dans la bouche; il se peut que cet inconvénient disparaisse dans l'avenir, mais actuellement aucune des marques du commerce n'en est affranchie.

Cela restreint ses indications d'emploi; mais n'empêche pas que pour les cavités distales des molaires, et même quelquefois pour les faces triturantes on puisse le placer sans inconvénient.

Le cuivre à l'état pulvérulent s'amalgame très difficilement avec le mercure; après vingt-quatre heures Moisman put diviser avec l'ongle une masse amalgamée. Pour obtenir un composé pouvant servir à l'obturation des dents, on doit avoir un amalgame préparé à l'avance.

Le « Dictionnaire de Chimie » de Wurtz dit que l'amalgame cuprique se forme en mélangeant 20 à 30 parties de cuivre réduit par l'hydrogène (hydrure de cuivre) et 79 parties de mercure avec l'acide sulfurique; on obtient ainsi une masse assez solide qui, lavée à l'eau bouillante, devient plastique à chaud.

Je ne cite ce procédé que pour mémoire, car pour les usages dentaires on utilise un autre mode de faire, basé sur la précipitation du métal d'une solution concentrée de sulfate de cuivre et son amalgamation immédiate.

« Faire bouillir une solution concentrée de sulfate de cuivre « avec du zinc distillé jusqu'à ce que la couleur bleue du sel « disparaisse, puis le zinc est éloigné. Le cuivre précipité est lavé « avec de l'acide sulfurique dilué, puis dans l'eau chaude et « enfin séché. Cette poudre est humectée avec une solution de « nitrate de mercure. Une fois l'amalgamation commencée on « ajoute du mercure en quantité double : cuivre 1, mercure 2. « L'amalgame qui en résulte est roulé entre les doigts en masses « ovoïdes de différentes grandeurs. » (*Essig. Dental Metallurgy* 2e édition, p. 223).

J'ai parfois employé des spécimens d'amalgame cuprique contenant du zinc, cela est préjudiciable à la stabilité du composé. Le cuivre et le mercure doivent être les seuls constituants.

La technique de la préparation et de l'insertion de l'amalgame de cuivre était bien connue de nos devanciers qui le mettaient souvent à contribution; notre génération l'ayant peu utilisé, on me permettra de dire pour ceux qui l'ignorent comment on doit procéder.

Les boulettes d'amalgame, une ou deux selon la grandeur de la cavité, sont mises dans une petite cuiller de fer qu'on place au-dessus de la lampe; la chaleur fait apparaître le mercure en goutelettes à la surface; les boulettes ainsi chauffées sont triturées dans un mortier jusqu'à ce qu'elles forment une pâte très plastique. Si la masse est pulvérulente, friable même, c'est qu'on n'a pas assez chauffé; on doit reporter au-dessus de la flamme, la plasticité sera bien vite obtenue.

Cela fait, on lave l'amalgame avec de l'eau acidulée : acide sulfurique 1, eau 150, puis on expulse l'eau et le mercure, celui-ci est toujours en excès dans cette combinaison et on exprimera tout ce qui sera possible, en pressant entre les doigts, entre les mors d'une pince, entre les plis d'une petite serviette.

Un des inconvénients de l'amalgame de cuivre est qu'il durcit très lentement, ce qui peut amener des déplacements là où il y a eu reconstitution; en revanche, il est très maniable, se portant et se foulant aisément dans la cavité.

Pour le scellement des tubes devant recevoir une dent à pivot, l'amalgame de cuivre est la matière de choix, par suite de son adhérence, de son action sur la dentine, de ses facilités d'insertion, de même pour la fixation de dents à pivot, avec pivot mis au préalable ou scellé dans la racine; on n'oubliera pas l'action du mercure sur l'or et surtout sur la soudure.

Les bons effets de l'amalgame cuprique sont indéniables, certains d'entre nous ont pu constater qu'il avait conservé des dents quinze, vingt ans et plus, quoique la préparation des cavités ne semblât pas irréprochable. Eh bien, nous ne connaissons pas d'une manière certaine les causes de ce résultat. Je disais tout à l'heure que, pour Tomes et pour la plupart des expérimentateurs, l'amalgame de cuivre avait le minimum de

contraction, mais cela n'est pas accepté par tout le monde, et tout récemment M. G. Elliott s'est inscrit en faux contre l'opinion généralement acceptée et lui trouve une contraction considérable. Il se pourrait après tout que les propriétés chimiques de l'amalgame de cuivre l'emportassent sur ses propriétés physiques, et que les modifications qu'il imprime à la dentine eussent plus d'importance que l'occlusion absolue des cavités.

On doit noter aussi ses qualités antiseptiques. Miller a prouvé qu'il était celui qui empêchait le plus parfaitement le développement des micro-organismes, et de ce côté encore, on pourrait fournir un essai d'explications. Il y a là tout un ordre de recherches qui devrait tenter nos jeunes confrères, ceux qui ont encore du loisir.

Comme je vous le disais au début, je n'ai pas eu la prétention, en vous faisant cette communication, de vous présenter du nouveau, j'ai seulement eu pour but d'attirer notre attention de ce côté afin de rendre prochainement possible une discussion approfondie sur cette question.

II. — Combinaison d'or et d'amalgame dans une même séance

L'idée de la combinaison d'or et d'amalgame dans la même cavité est déjà ancienne, mais la nécessité de deux séances créait une complication qui en restreignait l application.

Tout récemment, M. D. Clapp de Boston s'est fait l'avocat de leur association dans la même séance, il procède ainsi :

Si la cavité est latérale, le placement d'une matrice est la première condition de succès. Cette matrice doit être fixée très solidement afin d'empêcher le déplacement de la masse d'amalgame; pour cela on perce la matrice de deux trous dans lesquels passent des fils de soie circée destinés à serrer étroitement la matrice contre la dent.

Il est inutile de faire des points de rétention dans l'amalgame, l'union s'opérant parfaitement, même sur des surfaces lisses.

L'amalgame est fait aussi simple que possible, sans pour cela diminuer sa cohésion. Si le foulage amène du mercure à la surface, il est absorbé par du coton. L'obturation ainsi faite jusqu'à une certaine hauteur, on place dessus des fragments d'or cristallisé; les premiers morceaux se saturent complètement de mercure, mais ensuite la combinaison ne s'opère plus, et l'on garde son apparence et ses qualités. On peut terminer avec l'or adhésif en feuilles. Le polissage pourrait se faire séance tenante ; malgré cela il pourrait être différé.

On recommandera au patient d'user de quelques précautions pendant les premières heures, la masse d'amalgame n'étant pas immédiatement une base solide.

Ce travail fait avec soin donnerait les meilleurs résultats. M. Clapp le recommande chaudement.

Un dentiste à qui il avait fait une obturation par ce moyen, plus d'un an et demi avant, publiait récemment une lettre où il disait que l'obturation était toujours dans les meilleures conditions.

L'ARMÉE ET LA CHIRURGIE DENTAIRE

Par C. Boissonnet, sous-intendant militaire en retraite

Les corps de troupe possèdent, et au delà, les ressources qui sont nécessaires pour soigner presque toutes les maladies, et non pas seulement 66 des 220 diagnostics qui sont énumérés dans l'instruction ministérielle du 10 mars 1884 (*Journal militaire* p.237) ; personnel médical nombreux, deux ou trois médecins par régiment, médicaments de toute sorte, tisanerie, bains, etc., etc. Aucun établissement public, relevant des ministères de l'intérieur, de l'instruction publique ou des finances, n'a d'infirmeries qui puissent se comparer à celles de l'armée.

Dans la nomenclature des diagnostics on ne voit pas figurer les divers cas qui sont du ressort de la chirurgie dentaire. Cependant il y a une boîte d'instruments pour opérer l'avulsion des dents et pour faire quelque obturation de carie à l'infirmerie régimentaire, mais cela ne saurait suffire.

Si l'on se reporte, au contraire, aux établissements publics d'ordre civil dont il a été parlé plus haut, on voit que partout les médecins-dentistes ou plutôt les chirurgiens-dentistes font un service régulier. Il y a de même dans les grands hospices une clinique de chirurgie dentaire toute gratuite pour les nécessiteux traités dans l'établissement ou accourus uniquement pour recevoir ces secours. Quant à ceux-ci et à leur utilité, on ne les méconnaît pas, puisqu'il y a à l'Ecole militaire de Saint-Cyr les visites hebdomadaires et prévues d'un praticien attitré et autorisé à desservir le personnel et les jeunes élèves sous-lieutenants. Il y a même là une réminiscence du passé qu'il est bon de rappeler.

L'*Etat militaire* de l'armée française pour 1758, par exemple, fait connaître quelle était la composition du personnel médical affecté, sous le nom de *Faculté*, au service de l'*Ecole militaire*. C'est par les ordres de Louis XV que celle-ci est installée définitivement au Champ de Mars, à Paris, pour y faire l'éducation des jeunes gentilshommes qui comptaient quatre quartiers de noblesse paternelle, le leur compris, et qui avaient droit à ce

secours d'après les services militaires de leurs ascendants ou d'après l'état précaire et nécessiteux de leur famille. On lit sur l'*Etat militaire* de 1758 (3e partie, chap. III, p. 279) :

Faculté.

MM. de Mac-Mahon, médecin, docteur de la Faculté de Paris ;
Pibrac, chirurgien-major ;
Calville, chirurgien aide-major ;
Capron, chirurgien-dentiste ;
Mouton, chirurgien-dentiste ;
Carrère, apothicaire.

L'Ecole militaire instituée pour recevoir 500 gentilshommes, n'en avait que 80 en 1758 et ne put jamais en avoir plus de 230 (en 1776 au licenciement), parce que, selon les usages du passé, tout était disposé pour créer une surabondance de places et même de sinécures, et pour les doter le plus largement qu'il se pourrait. Le service public ne venait qu'en seconde ligne ; l'Ecole était pauvre en élèves, comme les régiments, pour le même motif de pénurie du trésor, étaient pauvres en militaires de troupe.

On peut déduire deux faits de ce qui précède : 1° la profession de chirurgien-dentiste était officiellement consacrée avant le milieu du XVIIIe siècle ; 2° Son utilité était attestée par la présence de deux praticiens dans le personnel médical de l'Ecole militaire.

Tous ces sages errements étaient tombés en désuétude dans l'armée, sauf l'avulsion pure et simple des dents gâtées. En 1887 cependant on vit enfin un commencement de réaction contre cette situation, et l'exemple qu'on peut citer prouve bien qu'on ne considère pas les médecins militaires comme pratiquant suffisamment la chirurgie dentaire dans l'armée. A cette date M. le Gouverneur militaire de Paris fit ouvrir, à titre de premier essai, un dispensaire pour les opérations habituelles des médecins-dentistes. Voilà un précédent qu'il ne faut pas laisser tomber dans l'oubli et dont il faut poursuivre la vulgarisation afin de l'étendre de la capitale aux diverses garnisons de l'armée.

De leur côté, les chirurgiens-dentistes ont tout à gagner de la généralisation des bienfaits de la prothèse dentaire au milieu de toutes ces classes de jeunes gens que les obligations du service militaire amènent dans l'armée. Dans les familles de laboureurs et d'artisans on a de l'appréhension contre les pratiques de la chirurgie dentaire, on en ignore les bienfaits pour soulager, pour guérir et pour prévenir le retour du mal. Quand elle fonctionnera dans l'armée, il se produira un revirement au profit des masses. Le nombre des praticiens-dentistes augmentera beaucoup en France, et le gouvernement sera amené par la force des choses à s'occuper de cette nouvelle situation, à créer une ou deux

écoles professionnelles odontologiques et à délivrer des brevets. Il retirera pour lui-même un nouveau revenu et de la délivrance de ces brevets et du droit d'exercice de cette profession. Celle-ci, certainement, prendra un grand développement dès qu'elle aura été généralisée dans l'armée par l'organisation et par le fonctionnement régulier de la chirurgie dentaire dans les infirmeries régimentaires.

C. Boissonnet,
Sous-intendant militaire en retraite.

Il y a longtemps que cette même question nous a préoccupé. Les lecteurs de ce journal n'ont peut-être pas oublié l'étude publiée ici même (1).

Après avoir examiné les trois solutions possibles :

1° Etendre les connaissances spéciales des médecins militaires en art dentaire ;

2° Créer des dentistes militaires dans l'armée ;

3° Demander à des dentistes civils nommés à cet effet de soigner les maladies des dents, avec le concours et sous le contrôle du corps de santé ;

Nous arrivions à cette conclusion que la dernière était la seule qui fût actuellement applicable, la seule ne changeant rien à l'organisation du corps de santé, n'exigeant pas de dépense, et enfin, ne nuisant pas au service.

Nous pensons, comme notre honorable correspondant, qu'avec le service obligatoire la République ne peut faire moins que faisait la monarchie au siècle dernier pour ses recrues volontaires. Les dentistes civils seront toujours heureux de prêter leur concours gratuit pour les enfants de la France apprenant à la défendre.

Il se peut que notre projet de 1886 ait été trouvé encore trop large. Nous lui substituons une proposition plus modeste, énoncée dans la lettre suivante :

« Monsieur le médecin-inspecteur Baudoin, directeur du service de santé du gouvern ement de Paris.

« Monsieur,

« J'ai l'honneur de vous informer qu'afin de faire profiter un plus grand nombre de soldats et sous-officiers des soins dentaires donnés à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris, il serait créé un service spécial à leur usage, si vous le jugez avantageux pour les hommes confiés à vos soins

« Tous les matins, aux jours et aux heures que vous nous désignerez, les hommes amenés en détachement ou munis d'une

(1) Pillette et Dubois. De la création d'un service dentaire dans l'armée. Odontologie 1886, p. 141.

prescription du médecin militaire seront opérés immédiatement.

« Si la création de ce service reçoit votre haute approbation nous nous tenons à votre disposition pour en régler les détails d'exécution.

« Nous vous prions d'agréer, etc.,

« *Pour le conseil de l'Ecole :*

« P. Dubois. »

Quant à la supposition que l'Etat pourrait trouver des revenus, nos lecteurs savent ce que nous en pensons.

L'Ecole dentaire de Paris a un budget de dépenses de près de 40,000 francs et aucun poste administratif n'y est rétribué, ainsi que la plupart des postes du corps enseignant ; ceux qui sont rémunérés reçoivent une indemnité dérisoire. Nous pouvons faire appel au dévouement des nôtres, l'Etat ne le peut pas. Il est évident que l'enseignement de l'art dentaire, — même limité à Paris, demanderait une inscription au budget de plus de cent mille francs ; espérer que cette somme serait couverte et au-delà est oublier ce qui se passe à propos d'enseignement et surtout d'enseignement supérieur quand le gouvernement s'en mêle. Si jamais il se substitue à l'initiative privée, que M. Boissonnet en soit convaincu, les contribuables n'auront pas à s'en féliciter.

P. D.

CAS DE PARALYSIE CONSÉCUTIF A L'EXTRACTION D'UNE DENT

Par M. Lehr.

Le 9 février dernier Mme G... âgée de vingt-cinq ans, anémique, vient se plaindre à nous de la première grosse molaire inférieure gauche atteinte de gangrène de la pulpe suivie de périostite. L'extraction est nécessaire. Je préviens Mme G..., qui est très peureuse, d'une fracture probable, car pour moi la fracture est inévitable.

A la première pression du davier la couronne cède, la racine distale est en partie luxée et laisse passer un jet de sang ; je fais tamponner et enlève cette racine avec l'élévateur. L'hémorragie cesse aussitôt et toute douleur disparaît à partir de ce moment.

Mme G... tombe en syncope et je renonce à l'extraction de la racine messiale.

Au bout de 10 minutes Mme G... est remise et veut retourner chez elle, mais en ce moment ses avant-bras se paralysent, les mains sont tirées en dedans et les doigts raides ; l'articulation du coude se fait difficilement.

Après 1/4 d'heure de frictions, l'élasticité des doigts semble

revenir, mais une nouvelle crise se fait sentir et la paralysie semble vouloir se communiquer aux extrémités inférieures.

Je soutiens Mme G... et lui fais faire une promenade forcée, les extrémités inférieures regagnent leur souplesse, mais la paralysie des bras est aussi forte qu'au début. Les muscles de la tête et du cou ont gardé leur souplesse pendant la crise. A 4 heures je fis l'extraction, à 4 h. 1/2 Mme G... put retourner chez elle, accompagnée.

A 7 heures, quand je fus la voir, elle put se servir de ses mains tout en éprouvant encore une grande gêne. L'électricité, les frictions et bains chauds ont rendu aux membres supérieurs leur souplesse. Les avant-bras, mains et doigts seuls étaient insensibles aux piqûres d'épingles.

Pareil cas qui n'a duré que 10 minutes est cité dans la *Correspondenz Blatt* de Ash et Sons 1887. *Extrait de British Journal of Dental science.*

Mme G... avait en ce moment ses règles qui sont généralement très abondantes et durent de 8 à 10 jours. Je suis persuadé que l'anémie à joué le rôle principal ou mieux a motivé cette paralysie.

Mme G... n'a jamais eu de crise hystérique. Des applications, des frictions chaudes, des bains locaux pour dilater les vaisseaux et rétablir la circulation sont, à mon avis, le meilleur traitement à suivre en pareil cas.

CONGRÈS INTERNATIONAL DENTAIRE

M. le Dr Andrieu a été nommé membre de la Commission d'organisation en remplacement de M. Brasseur, décédé.

NOTE RECTIFICATIVE

Le rapport présenté par M. Godon à l'Assemblée générale des dentistes de France (publié dans l'*Odontologie*, numéro de février 1889), dans différents passages ayant trait à l'organisation du Congrès dentaire, contient plusieurs phrases qui paraissent donner à la Société d'Odontologie de Paris un rôle prépondérant dans le Comité. Nous tenons à déclarer, pour éviter d'éveiller la juste susceptibilité de nos confrères de la Société Odontologique de France : 1° que le Congrès a été adopté par la Commission supérieure des Congrès et Conférences sur une demande faite par les deux Société simultanément ; 2° que le Comité d'organisation est constitué par moitié de membres appartenant à chacune des deux Sociétés ; 3° qu'il avait été convenu que les fonctions importantes du Bureau, celles de Président et celles de Secrétaire général, seraient partagées entre les

deux Sociétés; 4° qu'il avait été convenu également que la Société qui aurait la Présidence aurait aussi deux secrétaires; que celle qui aurait le Secrétariat général aurait deux vice-présidents et un secrétaire; 5° enfin que c'est le sort seul qui a favorisé la Société d'Odontologie en lui donnant le choix du Président.

Ces indications ont paru nécessaires pour préciser l'égalité d'action des deux Sociétés, égalité qui ne se dégageait pas absolument du Rapport précité.

Parmi les membres étrangers qui assisteront au Congrès nous relevons les noms suivants : Ottofy de Chicago (Etats-Unis); Papsch, d'Innspruck (Autriche); Manuel Palacios Diaz; Verrier, de Plymouth (Angleterre); Renard, de Genève.

Le département de l'Instruction publique du canton de Genève a désigné M. le Dr Redart, professeur à l'Ecole dentaire de Genève, comme représentant au Congrès. La Société Odontologique suisse a fait la même désignation, ainsi que nous l'apprend la lettre suivante.

Genève, le 15 mars 1889.

Monsieur et honoré confrère,

Après le canton de Genève, la Société Odontologique suisse vient de me désigner pour la représenter à votre Congrès scientifique. Plusieurs travaux sont déjà inscrits, et j'espère que nous assisterons nombreux à votre réunion internationale.

Sous peu je vous adresserai les titres de ces communications.

Remerciez de ma part votre comité pour l'accueil si bienveillant qu'il fait à la délégation suisse.

Je me fais une fête de me trouver avec vous le premier Septembre, et, en attendant le plaisir de faire votre connaissance, je vous prie d'agréer mes salutations bien confraternelles.

Professeur REDARD.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 12 *mars* 1889.

PRÉSIDENCE DE M. P. DUBOIS.

I. Cas de paralysie consécutif à une extraction de dent, par M. Lehr. — II. Emploi du plâtre sublimé en chirurgie dentaire, par M. Lehr. — III. Les amalgames, par MM. Chauvin et Dubois.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. LE SECRÉTAIRE donne lecture du procès-verbal de la séance précédente.

M. BLOCMAN s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la réunion,

M. MENG exprime le désir que le procès-verbal soit à la disposition des membres avant d'être imprimé.

M. Dubois. — Il peut être communiqué aux membres sur épreuves ou sur le manuscrit, au bureau du journal, par exemple, du 15 au 20 de chaque mois.

M. Barrié, — Alors chaque membre pourra y apporter les rectifications nécessaires ?

Dans le compte rendu qui vient d'être lu on me fait répondre que le point d'implantation d'une tumeur était *presque au sommet du périoste*. J'ai dit : *à environ deux millimètres de l'apex*. D'autre part, comme on n'a pas intercalé de figure dans ma communication, je voudrais qu'on rappelât que j'ai laissé la dent au Musée de l'Ecole.

M. Meng. — De mon côté, j'ai dit avoir soigné une dame qui a eu des dents réimplantées par Gardett et non qui a été soignée par son fils.

Sous le bénéfice de ces observations, le procès-verbal est adopté.

M. Dubois. — On a omis de porter à l'ordre du jour deux communications qu on m'avait prié d'y mettre : l'une de M. Gillard, sur une dent qui a émigré vers la voûte palatine, l'autre, d'un autre membre, sur un accident d'extraction dû à un praticien non dentiste.

I. Cas de paralysie consécutif a une extraction de dent. — II. Emploi du platre sublimé en chirurgie dentaire, par M. P. Lehr.

M. Dubois donne lecture de ces deux communications (insérées aux Travaux Originaux) ; il ajoute que, heureusement, M. Lehr n'avait pas donné de cocaïne, sans quoi les accidents lui auraient été imputés.

Discussion

M. Chauvin. — Il y a sept ou huit mois, un sujet très anémié vint me prier de lui extraire deux racines d'une première grosse molaire inférieure. J'avais, quelque temps auparavant, pratiqué pour sa femme l'anesthésie locale par la cocaïne. L'opération avait pleinement réussi, l'anesthésie était complète.

Mon malade réclama la même anesthésie.

A peine avais-je injecté 1/4 de seringue de Pravaz contenant 2 centigrammes 1/2 de chlorhydrate de cocaïne que mon malade perdit connaissance. D'un commun accord, nous attribuâmes cette syncope à la cocaïne. Il y a deux jours, le même malade, peu rassuré, vint me consulter pour une dent de sagesse dont l'extraction était urgente. Pas de cocaïne, bien entendu ; néanmoins, mon malade tomba en syncope après la luxation de la dent avec la langue de carpe. Je dus pratiquer la respiration artificielle. Nouvelle syncope quand je retirai la dent branlante avec le davier. Même après l'opération terminée, mon malade se trouva mal deux fois encore. Il est évident que l'on accuse bien souvent la cocaïne de méfaits dont elle n'est pas coupable.

M. Ronnet. — La cocaïne donne toujours des attaques avec des mouvements tétaniques.

M. Chauvin. — Les accidents dus à la cocaïne sont très divers aussi bien sur le même malade que sur différents sujets.Ils dépendent de l'état général actuel. M. Gillard a essayé de distinguer les sujets très nerveux de ceux qui le sont moins, en recommandant de se méfier de la cocaïne avec les premiers. Cette théorie, dont on doit tenir compte dasnune certaine mesure, est loin d'être toujours vraie.

J'ai vu la cocaïne ne provoquer aucun accident chez certains malades ultra-nerveux, tandis que chez d'autres, que rien ne peut faire soupçonner de névrose, les accidents sont parfois inquiétants. L'explication de ces phénomènes si divers n'est certes pas encore trouvée. Je m'occupe à ce sujet de recherches dont je pense vous communiquer prochainement les résultats.

M. Touchard. — L'auteur de la communication attribue les accidents à l'anémie. Je crois tout simplement à un choc traumatique par sympathie sur les centres nerveux; ce sont des accidents d'ordre réflexe.

M. Meng. — Il y a des accidents que le dentiste peut constater, mais les autres, ce n'est pas possible.

Une dame sortie de chez un dentiste qui avait employé la cocaïne, où elle n'avait pas éprouvé d'accidents, se trouve mal une demi-heure après devant le magasin du Printemps, où on l'emporte pour lui donner des soins. Une autre dame m'a dit que son mari, après avoir été opéré avec la cocaïne, avait eu le soir une syncope et était resté deux jours sans connaissance.

On peut mentionner les cas de mort attribués à la cocaïne et particulièrement le dernier, qui a eu lieu, je crois, dans une clinique ophtalmologique.

M. Chauvin. — Il s'agissait d'une femme de 75 ans, faible, anémiée et on ignore si la mort est due à la cocaïne.

M. Dubois. — On notera que, dans le relevé des accidents dus à la cocaïne, on n'a pas constaté de mort qui puisse être attribuée à un dentiste.

M. Touchard. — Dans un cas de mort, la dose était d'un gramme.

III. — Les amalgames d'or, d'argent et d'étain,

M. Chauvin. — Diverses formules d'alliages ont été proposées, les unes avec beaucoup d'or, mais presque toutes ont été abandonnées parce que l'amalgame se fait quelquefois mal. Il y a quelques années, Viau nous avait donné la formule suivante :

Argent............	42	grammes
Etain...............	50	—
Or de déchets.......	8	—

J'ai employé longtemps l'amalgame fait avec cet alliage. Il donne de bons résultats et n'offre pas grande rétraction une fois l'obturation polie. Pourtant il n'est pas suffisamment stable parce qu'on prend l'or dans les déchets. La formule n'est, au fond, jamais la même; les déchets d'or peuvent contenir plus ou moins de soudure, de débris de ressorts. On ne peut donc titrer exactement cet alliage.

A un moment donné, je ne vis pas la nécessité de laisser d'autres métaux dans cet alliage en observant surtout qu'une certaine quantité de cuivre favorise la sulfurisation de l'amalgame dans la bouche. J'ai pensé qu'il n'était pas indispensable d'en introduire dans la formule en y mettant de l'or allié. J'ai gardé la proportion 8 0/0, mais c'est de l'or fin que j'ajoute à l'étain et à l'argent. Dans de semblables conditions, quand l'amalgame est poli, il reste des années sans se tacher, sans se noircir. De plus, il est très stable, sans rétraction ni solution de continuité avec les bords de la dent.

J'ai surtout étudié l'amalgame au point de vue de l'application

pratique, et c'est un excellent moyen d'obturation lorsqu'il est bien traité.

J'ai vu bien des opérateurs introduire dans une cavité un volumineux morceau d'amalgame et presser simplement avec un brunissoir pour le mettre de niveau avec les bords de la dent. Ce tassement très imparfait fait croire bien souvent au retrait. L'amalgame, porté par petites quantités et foulé partout n'en laisse pas. Quand l'obturation est terminée, il est bon de laisser passer deux jours avant le polissage. Au bout de ce temps, le métal est encore compressible puisque l'on peut produire une légère dépression avec le brunissoir. Il y a tassement de la partie superficielle de la masse. Ceci est d'une importance considérable, car la densité dans la surface est augmentée. On peut tasser encore le lendemain avec le brunissoir au tour et brunir deux jours après.

Je pourrais montrer plusieurs amalgames remontant à 6 et 7 ans, sans solution de continuité entre les bords et le métal. Avec l'or fin on peut attendre moins de changement de coloration dans la matière.

M. Dubois fait une communication sur les amalgames de cuivre et sur la combinaison d'amalgame et d'or qui est insérée aux travaux originaux.

M. Swaycarski — J'ai vu des amalgames de cuivre qui ont duré 50 ans sans bouger et présentaient une grande dureté. On peut mettre d'abord une première couche, puis, quand on a laissé durcir, remplir deux jours après.

M. Dubois. — C'est faisable ainsi, mais on a essayé de les mélanger séance tenante, et le durcissement ne se produisait pas.

M. Horay. — Dans nos alliages le cuivre peut se remplacer par d'autres métaux, si j'en crois une note qu'on m'a remise. L'auteur de cette note envisage les choses à un autre point de vue que celui du praticien : il recherche quels métaux nous pourrions employer et il donne les suggestions suivantes que vous me permettrez de vous communiquer.

NOTE SUR LES ALLIAGES

Conditions à remplir pour les métaux choisis : 1° Ne pas donner de coloration aux matières organiques par leurs transformations lentes, ce qui revient à prendre des métaux dont les chlorures, sulfures et sulfates soient blancs ou faiblement colorés. On est ainsi conduit à

Bons	Douteux	Mauvais
Arsenic.		
Zinc.	Plomb ?	Cuivre.
Cadmium.	Antimoine ?	Cobalt.
Etain.		Nickel.
Bismuth.		
Mercure.		

2° Offrir une résistance suffisante à l'usure ; l'expérience pratique doit seule prononcer ;

3° Offrir une résistance chimique suffisante. On peut pour cela préparer l'étude dans le laboratoire et essayer les alliages formés tels qu'ils seront employés ; ou bien les laisser en digestion pro-

longée dans des dissolutions formées de chlorures, sulfures et sulfates alcalins, seuls ou mélangés, et en portant fréquemment ces mélanges à 60°.

Essayer également dans de la salive.

Ces expériences doivent durer le plus possible.

Les résidus sont alors examinés; — ceux qui auront le mieux résisté doivent servir de types pour former des alliages à essayer.

4° Conserver pendant toute leur durée des propriétés antiseptiques telles que celles possédées par le cuivre.

Ces propriétés sont très faciles à retrouver par l'emploi de l'arsenic métallique introduit dans les alliages.

Le cuivre peut être remplacé par du zinc arsenical contenant de 3/1,000e à 1/10e d'arsenic métallique.

Ajouter l'arsenic métallique au métal fondu en choisissant dans l'alliage le métal le plus électro positif, puis ce métal sera réuni aux autres, comme d'habitude, comme si on y réunissait le cuivre.

M. Chauvin. — Les propriétés antiseptiques du cuivre ne sont pas douteuses, mais celles du mercure ne doivent pas être dédaignées. Une dent obturée depuis 7 ou 8 ans, dont l'obturation se défaisait, m'a montré dans la cavité pulaire une espèce de bouillie témoignant de la mortification de la pulpe. La dent n'avait sûrement pas été soignée par les procédés rationnels, pourtant la décomposition n'était pas considérable : cependant je m'y attendais. Craignant une infection très rapide, je pris des précautions antiseptiques (pulvérisation d'acide phenique) et je n'ai pas eu d'accident dans le traitement. L'état relativement aseptique de cette cavitité doit être attribué au mercure, et la dentine sous-jacente était très dure.

M. Dubois. — Dans les composés d'amalgame ordinaire, le cuivre entre pour une certaine proportion et améliore les conditions. Ceux qui se sont comportés le mieux sont ceux qui ne contiennent pas beaucoup d'or, suivant les expériences de Weissler.

M. Chauvin. — Comment ces expériences ont-elles été faites ?

M. Dubois. — Elles paraissent avoir été conduites avec une rigueur scientifique n'offrant aucune prise à la critique.

M. Chauvin. — On a proposé d'introduire les amalgames aussi secs que possible; on se servait pour cela d'une petite balance de Fletcher pour peser le mercure et l'alliage. On prenait un petit moule en bois ainsi qu'un pilon et l'on faisait des cylindres d'amalgame se tenant assez bien, que l'on foulait avec le maillet automatique. Je n'en ai pas obtenu de résultats très brillants. L'amalgame ainsi fait était trop sec, quelques mois après on pouvait remarquer des vides près des bords de la dent obturée, dus à l'éclatement des bords de l'amalgame. Ces vides deviennent des réceptacles pour les débris alimentaires. A cause de cela j'ai complètement renoncé aux amalgames trop secs tassés au mail et automatique.

M. Dubois. — On a analysé des dentines de dents ayant supporté longtemps un amalgame et on n'a pas trouvé de mercure; de plus on doit noter qu'il n'y a jamais eu d'hydragyrisme à la suite d'obturation à l'amalgame. Il semble donc que le mercure ne se dégage pas de la combinaison d'amalgame une fois opérée.

M. Godon. — L'application de la feuille d'or a pour effet d'éviter la rétraction.

M. Barrié. — A propos de la combinaison d'amalgame et d'or

dont vient de parler M. Dubois, je ferais observer que M. Bing, pour sécher ses amalgames, emploie des feuilles d'or et jamais aucune parcelle n'adhère à l'amalgame. Or, il ne faut pas que ce soit sec et édifier l'aurification sur une base molle est assez difficile

IV. — Fixation de l'ordre du jour

M. Ronnet demande la mise à l'ordre du jour d'*Un cas de rotation sur l'axe.*

M. Chauvin d'*Un cas de contracture et d'accidents dûs à la cocaïne.*

Adopté.

La séance est levée à 10 h. 3/4.

Le Secrétaire des Séances,
Legret.

REVUE DE L'ETRANGER

Le Guaiacol par M. A. W. Harlan.

Le guaiacol est un dérivé de la créosote. — C'est un liquide jaune paille clair, d'un goût âcre, mais d'une odeur moins désagréable que son producteur. Le guaiacol et la crésoline sont tirés tous deux de la créosote et peuvent en être considérés comme les principes actifs. Il est employé dans la médecine interne, mais peu de praticiens s'en sont servis en chirurgie dentaire. Il se combine avec les mêmes substances que la créosote et, comme il est soluble dans l'eau, c'est un des agents qui peuvent être employés comme désinfectants permanents des canaux des racines. Combiné avec l'huile ordinaire de cassia, il perd son odeur désagréable et fournit ainsi le désinfectant huileux le plus puissant que nous connaissions.

L'huile de cassia est un obstacle efficace contre la croisssance ou le développement des bactéries de la bouche humaine, comme l'ont montré les expériences du professeur G. V. Black, de Jacksonville (Illinois), ainsi que la créosote et une solution acidulée de bichlorure de mercure. D'autres substances essayées par lui n'ont pas eu d'effet et quelques-unes ont eu une faible action. C'est le résultat de ces expériences qui m'a conduit à mélanger le guaiacol et l'huile de cassia et à les employer pour la désinfection des racines de dents malpropres et putrides.

La question de la désinfection des dents sans pulpe a aujourd'hui un charme particulier pour l'expérimentateur, dont le seul désir est de l'accomplir de la façon la plus parfaite. Malgré le grand nombre de communications lues sur la matière, une importante différence d'opinion et de pratique prévaut maintenant. Mon seul but, en appelant votre attention sur ce sujet, est de jeter plus de lumière sur la question afin qu'on conserve dans la bouche pendant plus longtemps de semblables dents, avec plus d'utilité pour leur possesseur. C'est par suite d'une longue expérience que j'ai la témérité de prétendre qu'une dent sans pulpe — quand celle-ci s'est décomposée à l'intérieur — a besoin d'une désinfection par des médicaments dans tous

les cas, car l'ablation de la partie détruite ne la désinfectera pas. Quand une dent sans pulpe doit être désinfectée rapidement, il faut employer une solution aqueuse de médicant; si celui-ci est énergique, la solution peut être faible. Quand il s'agit d'opérer une désinfection lente (désirable parfois), on doit se servir d'un désinfectant huileux, faiblement soluble dans l'eau, parce que, dans le premier cas, les solutions aqueuses pénètrent aisément et rapidement dans le canal de la racine et dans la dentine, tandis que, dans le dernier, les huiles déposent lentement des vapeurs de camphre volatisilables qui sont de puissants désinfectants, pénétrant rapidement dans la région infectée et la désinfectant lentement mais rapidement. En même temps les huiles étant légèrement solubles dans un demi pour cent d'eau, leur pureté n'est pas altérée de longtemps. J'ai placé dans une chambre pulpaire, sentant le pourri et pleine de débris, une goutte ou deux de guaiacol et d'huile de cassia et bourré la cavité cariée avec du coton imbibé de sandaraque qui y a séjourné pendant 40, 60, et 70 jours et, en enlevant celui-ci, il était complètement désinfecté; la racine fut obturée immédiatement sans difficulté.

C'est en raison de la valeur inattendue des huiles en chirurgie dentaire que j'appelle sur elles votre attention, dans l'espoir qu'elles pourront rendre des services entre vos mains.

(*Transactions of the American dental Association.*)

MATIÈRES OBTURATRICES COMME CONDUCTRICES DE LA TEMPÉRATURE

Par C. EDMOND KELLS jeune.

On lit et on entend dire que les oxyphosphates et les oxychlorures ne sont pas conducteurs de la chaleur et du froid, et que par conséquent les pulpes exposées ou presque exposées, une fois protégées contre les liquides buccaux par ces obturants, ne sont pas sujettes aux changements thermiques auxquels les dents sont constamment soumises.

L'emploi de ces substances ne m'a jamais conduit à croire à leurs propriétés de non-conductibilité.

Voici un appareil consistant principalement en une batterie électrique, une sonnette et un thermostat lequel comprend un disque de zinc légèrement concave, maintenu fermement à son bord par une plaque de caoutchouc durci. Au travers de cette plaque et par son centre passe une vis fine à la tête de laquelle est attaché un levier pour en régler l'ajustage. Le disque de zinc et la vis ajustable peuvent être placés dans le circuit avec la batterie et la sonnette et si la vis, est serrée jusqu'à ce qu'elle presse le dos du disque, le circuit électrique sera complet et la sonnette tintera. En

desserrant la vis légèrement à gauche, son contact avec le disque est rompu, le circuit est interrompu et la sonnerie cesse.

Si on soumet le disque à la chaleur, il suit les lois naturelles et se dilate. Cependant, étant maintenu solidement à son bord, il ne peut se dilacter latéralement et conséquemment doit se bomber vers la vis. Quand la chaleur cesse, il reprend sa position primitive. En ajustant la vis jusqu'à ce qu'elle ne touche pas du tout le disque et en versant une simple goutte d'eau chaude sur le centre du disque, le phénomène se montre tout de suite. Le fait qu'une petite quantité d'eau produise un pareil effet montre la délicatesse de l'instrument. Pour prouver que c'est la chaleur et non l'humidité qui meut la sonnette, on verse une goutte d'eau froide sur le disque et on n'entend rien.

Prenons maintenant une petite cellule formée de la couronne d'une molaire en meulant les cuspides et en enlevant la dentine jusqu'à ce qu'il ne reste que de l'émail, plaçons-la sur le disque et remplissons la d'eau à la température de 110°, pas de son. Remplaçons-la par une cellule de la même grandeur faite avec de l'amalgame de cuivre et répétons l'expérience ; nous verrons que, à peine l'eau a touché l'amalgame, la sonnette tinte, montrant ainsi la transmission immédiate de la chaleur au travers de l'amalgame jusqu'au disque sensible, ce qui prouve que l'amalgame est un bon conducteur.

Pour comparer les différents obturants entre eux et à l'émail, on emploie des cellules de même grandeur en or, étain, cuivre, amalgame, alliage Hardman, oxyphosphate, oyxchlorure, gutta rouge, gutta de Dawson et aucune ne résiste à l'essai. On peut les diviser en classes : les métaux viennent les premiers comme bons conducteurs et la différence entre eux n'est que légère. Ensuite viennent les ciments, l'oxyphosphate étant peut-être une ombre plus mauvais que l'oxychlorure, et enfin les guttas qui, quoique loin d'être non conductrices, n'égalent pas l'émail sous ce rapport. Des cellules composées, l'une d'amalgame avec une mince couche de gutta remplaçant une portion de son épaisseur, une autre d'amalgame et d'oxyphosphate préparée de la même façon, toutes de la même épaisseur totale (1-16 pouces), font tinter fortement la sonnette.

On peut conclure de tout cela que :

1° Les oxyphosphates et les oxychlorures sont relativement si bons conducteurs de la chaleur et du froid qu'ils ne doivent pas être employés seuls pour le coiffage des pulpes exposées totalement ou à peu près ;

2° Ces pulpes doivent être protégées par une couche de gutta de 1/32 pouces d'épaisseur si possible ;

3° Aucun obturant n'égale l'émail comme protecteur contre les influences thermiques.

BIBLIOGRAPHIE

AIDE MÉMOIRE DU CHIRURGIEN DENTISTE

Première partie

THÉRAPEUTIQUE DE LA CARIE DENTAIRE
(2e édition).

Par M. Paul. DUBOIS,

DIRECTEUR de l'*Odontologie*.

Président de la Société d'Odontologie de Paris.
Professeur suppléant de Thérapeutique spéciale à l'Ecole Dentaire de Paris.

Volume in-12 de 400 pages avec 175 figures intercalées dans le texte.

La 2e édition sera mise en vente le 25 avril 1889 :

Au bureau de l'*Odontologie*
Chez Lecrosnier et Babé, place de l'Ecole de Médecine, 23,
et chez tous les fournisseurs pour dentistes.

Prix cartonné : **6 francs.**

Ce volume comprend :

LIVRE PREMIER

AVANT-PROPOS

Installation du cabinet d'opérations. Exploration de la bouche.

CARIE DENTAIRE

I. — GÉNÉRALITÉS

Définition. Etiologie. Marche, siège. Classification. Opportunité du traitement.

II. — CARIE DU PREMIER DEGRÉ

Définition. Anatomie pathologique. Diagnostic. Traitement.

III. — Carie du deuxième degré

Définition. Classification. Anatomie pathologique. Symptômes. Diagnostic. Traitement.

IV. — Carie du troisième degré

Définition. Classification. Anatomie pathologique. Pulpite subaiguë, pulpite aigue, pulpite sur-aiguë. Dégénérescence calcique, dégénérescence graisseuse, pulpite, avec hypertrophie et néoplasie, nécrose de la pulpe. Symptômes. Diagnostic de la carie du troisième degré. Diagnostic différentiel des deux grandes divisions de la carie dentaire. Traitement conservateur ou coiffage de la pulpe. Traitement destructeur. Dévitalisation. Extirpation de la pulpe ; soins à donner après l'extirpation de la pulpe ; obturation des canaux.

V. — Carie du quatrième degré

Définition. Classification. Anatomie pathologique. Altérations portant sur les tissus dentaires. Ces altérations portant sur le périoste et les parties voisines. Diagnostic. Traitement ; examen des différentes indications thérapeutiques des méthodes et des médicaments employés. Blanchiment des dents.

LIVRE DEUXIÈME

VI. — Obturation

Préparation sommaire de la cavité. Exclusion de l'humidité. Préparation définitive de la cavité. Examen comparatif des différentes matières obturatrices. Exposé du manuel opératoire.

Gutta-percha. Ciment. Amalgames. Etain. Aurification, or non adhésif, or adhésif en feuilles, or cristallisé. Combinaison de différentes matières obturatrices dans la même cavité. Or et ciment, or et amalgame, or et étain. Fragments d'émail de porcelaine et matières obturatrices.

VII. — Greffe dentaire

Définition. Classification. Conditions. Phénomènes et pronostic de la greffe dentaire. Réimplantation. Transplantation. Implantation.

VIII. — Couronnes artificielles

Historique. Indications. Division. Dents à pivot. Préparation de la racine, prise de l'empreinte. Dents à pivot sans gaîne. Dents de Logan. Dents de Weston. Dents de Leech, de Low. Dents de Bonwill. Dents de How. Dents de Bing. Dents de Forster, de Howland. Dent avec bague ou virole. Avantages, inconvénients des couronnes avec fixation préalable du pivot ;

Avantages, inconvénients des dents à bague. Pivots avec gaîne (ou tube) fixé au préalable dans la racine.

Modèle Contenau. Modèle P. Dubois.

Coiffes métalliques.

Travail à pont simple. Travail à pont avec combinaison du pivot de la coiffe métallique et accessoirement de la barre.

IX. — Extraction des dents

Indications. Contre-indications. Précautions préparatoires. Opérations, règles générales. Extraction des dents de lait. Extraction des dents permanentes. Extraction des racines. Soins post-opératoires.

X. — Anesthésie locale pour l'extraction des dents

Electricité. Application de la glace. Ether volatilisé. Chlorure de méthyle. Refrigérants divers. Agents chimiques.

Cocaine. Essai. Toxicité. Mode d'administration. Accidents dus à la cocaïne.

XI. — Accidents causés par l'extraction des dents

Fracture de la dent. Luxation et avulsion de dents voisines. Fracture du bord alvéolaire. Lésion des parties molles. Hémorrhagie. Dents pénétrant dans les voies digestives et aériennes. Accidents sympathiques. Infection virulente ou microbienne.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE
ET
SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Conseil de Direction

Séance du mardi 23 octobre

Présidence de M. Poinsot.

M. Blocman remercie le Conseil de sa nomination comme professeur.

M. Godon rend compte des travaux de la Commission d'organisation du Congrès.

M. Chauvin au nom de la Commission d'examen rend compte du résultat des examens de la session d'octobre.

MM. Célaric, Mugnier et Adnet sont admis comme élèves de 2e année.

MM. Zankoff, Blanleuil, Chanaud, Dufort, Diochon, Montagne et Piton sont admis comme élèves de 3e année.

MM. Loup et Houdié sont admis comme diplômés.

La bourse est retirée à un des titulaires qui ne s'est pas présenté à l'examen.

Sur le rapport du Jury du concours, M. Prevel est nommé chef de clinique et M. Francis Jean, chef de clinique de prothèse.

Sur le rapport de la commission spéciale le programme de la séance d'inauguration est adopté.

Séance du mardi 20 *novembre* 1888.

Présidence de M. POINSOT.

M. Godon fait un rapport sommaire de la séance d'inauguration et de réouverture des cours qui a eu lieu le 10 novembre sous la présidence de M. G. Ollendorf, directeur du personnel et de l'enseignement technique au Ministère du commerce délégué par le ministre.

Le Conseil vote des remerciements à tous ceux qui ont, par leur concours, assuré le succès de cette séance.

M. Lemerle offre une souscription de 50 francs.

Sur le rapport de la Commission d'examen, plusieurs candidats sont admis comme élèves.

Sur le rapport du Jury du concours, M. Gillard est nommé professeur suppléant pour le cours théorique de prothèse.

Il est décidé que M. Pigis, chef du laboratoire de prothèse prendra le titre de professeur suppléant de prothèse (cours pratique).

MM. Ronnet, Papot et Tusseau sont nommés membres de la Commission du budget pour 1889.

M. Lemerle est nommé chef du matériel de l'Ecole. Un crédit est voté.

MM. Loup, Houdié, Chouville, Breyer et Chemin, diplômés de l'Ecole, MM. Bouvet, Certonciny, Cecconti et Mlles Chamblard et Wandacouroff sont admis comme membres de l'Association générale des Dentistes de France.

MM. Touzée et Lehr demandent à faire partie de l'association.

MM. Rollin, Maurion et Meyenrock ont également été admis comme (membres de l'Association générale à la séance du mardi 24 juillet 1888 dont le procès-verbal, par suite d'erreur, n'a pas été publié.)

Séance du 18 *décembre* 1888.

Présidence de M. POINSOT.

Le président annonce au Conseil la mort d'un des professeurs de l'Ecole, M. le Dr Decaudin et rappelle, en termes émus, les services qu'il a rendus à l'institution depuis sa fondation. Il annonce également la mort d'un membre de la société M. A. Butlin ancien diplômé, ancien chef de clinique dont il rappelle le dévouement à l'Ecole.

MM. Touzé et Lehr sont admis comme membres de la Société.

Vote de la location de l'écurie dépendant du local de l'Ecole.

M. Poinsot informe le Conseil de la nomination officielle de la Commission d'organisation du Congrès et de la constitution de son bureau.

Le Conseil vote les modifications suivantes dans le corps enseignant :

M. Isch Wall est nommé professeur de dissection (cours de 2e et 3e année).

M. Blocman est chargé du cours d'anatomie spéciale (3e année).

M. le Dr Thomas, du cours de pathologie spéciale (maladies de la bouche, (3e année).

MM. les Dr Deny et Prengrueber sont nommés professeurs honoraires.

Les jours et heures des cours pour le semestre d'hiver sont ensuite adoptés.

MM. Liebaut de Châtillon; Guillod de La Pointe à Pître; A. Douhet de Paris, Mme Peysson de Lyon, demandent à faire partie de l'Association.

M. le Dr Levett donne sa démission de membre du conseil de direction. — Cette démission est acceptée. — Plusieurs mesures administratives sont adoptées.

Séance du 15 *janvier* 1889.

Présidence de M. Poinsot.

MM. Liébaut, Guilliod, A. Douhet, Bohl et Mme Peysson sont admis comme membres de l'association.

MM. Fabre, Vauvillier et Paulme demandent à faire partie de la société.

La démission de M. E. Lowenthal est acceptée.

L'Assemblée générale annuelle est fixée au mardi 29 janvier.

L'ordre du jour est adopté.

Sur la proposition de MM. Dubois et Ronnet, le Conseil décide de proposer à l'Assemblée générale que le titre de sous-directeur de l'Ecole soit remplacé par celui de directeur adjoint.

MM. Ronnet et Papot font connaître la situation financière de l'Ecole.

M. Dubois, directeur gérant de *l'Odontologie*. rend compte du fonctionnement du journal de la société pendant l'année écoulée.

Des remerciements lui sont votés pour sa gestion.

Le programme relatif à la participation de l'Ecole à l'Exposition est adopté.

Le secrétaire,

TUSSEAU.

Les conservateurs du musée nous demandent l'insertion de la note suivante :

A l'occasion de l'Exposition Universelle et du Congrès International dentaire qui va s'ouvrir, nous désirons réunir tous les genres de pièces, soit anciennes, ayant un intérêt historique, soit modernes, mais montrant des perfectionnements récents.

Nous venons donc vous prier de bien vouloir nous faire parvenir, dans le plus bref délai possible, tout ce dont vous voudrez bien disposer : Instruments, pièces dentaires, photographies, dessins modèles reproduisant des cas pathologiques intéressants, spécimens de dents minérales, etc. Les pièces envoyées seront inscrites sur un catalogue avec le nom de l'expéditeur et retournées à celui-ci aussitôt après la clôture de l'Exposition, s'il le désire.

Agréez, monsieur et cher confrère, nos salutations empressées.

Les conservateurs du Musée de l'Ecole dentaire de Paris.

LEMERLE PRÉVEL *adjoint.*

57, *rue Rochechouart.*

P.S. — Il est nécessaire qu'une note explicative accompagne l'envoi avec le nom et l'adresse de l'expéditeur. Ecrire très lisiblement.

MISCELLANEA

I. Note sur les micro-organismes de carie dentaire, par MM. Galippe et Vignal. — II. La dentition dans l'armée russe. — III. Stomatite blennorrhagique. — IV. L'hydroa des muqueuses. — V. Traitement des leucoplasies buccales par le baume du Pérou.

NOTE SUR LES MICRO-ORGANISMES DE LA CARIE DENTAIRE

par MM. GALIPPE ET VIGNAL.

Leber et Rottenstein avaient attribué au Leptothrix buccalis un rôle pathogénique exclusif dans la carie dentaire. Ch. Robin, qui avait décrit ce parasite, avait compris sous ce nom toutes les espèces de micro-organismes se développant dans la bouche. Depuis ces premières recherches, un certain nombre d'auteurs se sont occupés de la question. Parmi ceux-ci nous citerons uniquement et pour l'instant Miller (de Berlin), les autres auteurs ne nous paraissent pas être suffisamment mis à l'abri des causes d'erreurs que comportent ce genre de recherches.

Quand on examine à un fort grossissement des coupes de dents cariées colorées convenablement, comme l'un de nous l'a fait fort souvent avec M. Malassez, outre les micro-organismes qui tapissent la cavité de la dent, dont nous ne parlerons point, on en voit en grand nombre qui ont pénétré dans les canalicules de la dentine. Généralement, ces canalicules sont très dilatés, ou plutôt leurs parois sont détruites sur une certaine étendue et sont remplies de micro-organismes. Ceux-ci pénètrent profondément et sont moins nombreux au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la cavité initiale, ce qui permet de les étudier au point de vue de leur morphologie et aussi au point de vue de leur progression.

C'est à ces parasites que nous nous sommes adressés, car nous considérons que ce sont eux seulement qui jouent un rôle actif dans la destruction de la dentine. En agissant ainsi nous courons peut-être le risque d'en avoir laissé échapper, mais nous estimons que cela vaut mieux que de décrire des espèces banales ou accidentelles.

On sait en effet que dans la cavité d'une dent cariée on peut rencontrer les micro-organismes les plus variés et les plus complètement étrangers à la bouche. Ils y sont apportés par les aliments de nature animale ou végétale ; par des boissons fermentées ou non, le tout subissant des phénomènes de putréfaction d'autant plus actifs qu'ils se produisent dans un milieu présentant des conditions éminemment favorables.

Voici la méthode que nous avons suivie : après avoir nettoyé avec soin la surface de la dent, nous débarrassons la cavité produite par la carie des substances étrangères qu'elle renferme, ainsi que de l'ivoire ramolli par le travail pathologique, et après l'avoir trempée dans l'alcool, la dent est flambée. Ceci fait, la dent, placée dans du papier stérilisé, est brisée dans un étau et les fragments de dentine sont en semences dans divers milieux.

Nous avons ainsi isolé six espèces de micro-organismes. Parmi ces six espèces, nous en avons constamment rencontré quatre dans dix-huit dents qui ont servi à nos recherches. Nous n'avons rencontré que huit fois une autre espèce et cinq fois seulement une sixième.

1° La première des espèces constamment rencontrée est un petit bacille court et épais ne formant pas de chaînettes. Il est presque aussi long que large et a en moyenne 1,·5μ de long. Cultivé en pipûre dans la gélatine, il forme assez rapidement une traînée blanche, puis au bout de trois ou quatre jours il commence à la liquéfier en la rendant d'un blanc opaque. Sur les plaques de gélatine il forme des petites colonies blanches légèrement en relief, qui après avoir atteint 2 ou 3 millimètres de diamètre, s'étendent en la liquéfiant. Il coagule le lait en formant de l'acide lactique.

2° La seconde espèce est un bacille environ deux fois aussi long que large, ayant 3μ de long. Il est légèrement étranglé à son milieu. Sa culture est assez semblable à celle du précédent, mais ses colonies s'étendent davantage sur la gélatine en plaque avant de la liquéfier. Il forme également de l'acide lactique avec le lait.

3° La troisième espèce est un bacille ayant sensiblement le même aspect que le précédent, mais il ne présente pas le moindre étranglement. Il est coupé carrément aux extrémités et forme d'assez longues chaînette, surtout dans les milieux liquides. Il ne liquéfie pas la gélatine, mais la ramollit un peu. Il se dévéloppe presque aussi bien dans le vide qu'à l'air et détermine la formation de bulles de gaz dans la gélatine. Dans les bouillons la quantité de gaz formée est à peine appréciable. Il ne coagule pas le lait et à la longue rend la caséine incoagulable par les acides et transforme le lait en un liquide jaune brun.

4° La quatrième espèce est un bacille très court et très mince, presque aussi long que large ; au premier abord on le prendrait pour un coccus. Il forme une traînée blanche dans la gélatine qui ne tarde pas à jaunir, puis la liquéfie. Il tranforme la caséïne du lait qui répand bientôt une odeur fort désagréable et brunit, comme du reste, tous les milieux dans lesquels on le cultive. Il produit la dissolution de la fibrine.

5° Le micro-organisme que nous n'avons rencontré que huit fois est un bacille arrondi à ses extrémités, ayant 1 k. 5 de long. Il forme d'abord une traînée blanche dans la gélatine, puis la liquéfie en la troublant. Il transforme le lait sans le coaguler en un liquide brun qui, avec le temps, devient presque noir et répand une odeur nauséeuse.

6° Le micro-organisme que nous n'avons rencontré seulement que cinq fois est un coccus assez volumineux. Nous avons remarqué que nous ne l'avons rencontré que dans les dents présentant un degré très avancé de carie et dont les canalicules devaient être très élargis. Il ne peut en être autrement, attendu qu'il présente un volume de 5/4.

Il forme des traînées dans la gélatine qu'il ne liquéfie pas et lui donne un aspect blanchâtre. Il coagule le lait en formant de l'acide lactique dont la proportion peut devenir considérable, si l'on prend la précaution de neutraliser cet acide au fur et à mesure de la production.

Outre les six micro-organismes que nous venons de décrire, nous en avons rencontré trois autres espèces dans la pulpe enflammée de dents cariées, pulpe non en communication apparente avec la cavité cariée. On peut trouver digne de remarque ce fait que nous n'avons pas trouvé ces micro-organismes dans la dentine. Cette particularité peut s'expliquer de diverses manières. Lorsque nous ensemencions des fragments de dents contenant la pulpe infectée, cette région était séparée de la cavité de la carie par une mince couche dentaire, et il se peut que par le flambage les micro-organismes renfermés dans cette mince cloison aient été détruits par la chaleur, développée par la combustion de l'alcool. On peut également supposer que les micro-organismes qui se rencontrent dans la pulpe trouvent seulement dans ce milieu des conditions à leur développement et que, dans leur trajet à travers la dentine, ils soient en quelque sorte annihilés dans le conflit vital qu'ils soutiennent contre les autres micro-organismes, beaucoup plus nombreux, et qu'ils aient ainsi échappé à notre travail d'isolement ultérieur.

Quoi qu'il en soit, dans les parties profondes de la pulpe enflammée, nous avons trouvé trois fois les micro-organismes déjà décrits et deux autres espèces différentes. Dans une autre série, nous avons trouvé les cinq premiers micro-organismes décrits et trois autres appartenant à des espèces différentes.

1° Le premier de ces micro-organismes est celui que l'un de nous a décrits sous le nom de bakterium termo. Il existe dans presque toutes les matières protéiques en décomposition et joue un rôle prépondérant dans leur destruction ;

2° Le second a été déjà signalé par l'un de nous dans la bouche et décrit sous la lettre C. Il agit également sur les matières protéiques, intervertit le sucre et forme de l'acide lactique. Ces deux micro-organismes ont été rencontrés dans toutes les pulpes enflammées que nous avons étudiées ;

3° Dans une pulpe qui était plus gravement infectée, nous avons rencontré le staphylocoque pyogenes aureus. Ses caractères sont trop connus pour que nous les rapportions ici.

Les propriétés biologiques des micro-organismes que nous avons isolés nous paraissent confirmer d'une façon bien nette ce que l'on observe dans la marche de la carie.

Les micro-organismes qui forment de l'acide lactique dissolvent la matière minérale de la dent. Quant à la matière organique, les micro-organismes qui ont la propriété de détruire la matière protéique la font disparaître. Ils sont aidés de leur œuvre de destruction par les produits des microbes saprogènes qui abondent dans la bouche.

Ces recherches sont également confirmées jusqu'à un certain point par les travaux antérieurs de l'un de nous, travaux qui ont mis en lumière le fait suivant : que les dents résistaient d'autant mieux à l'action des micro-organismes développant la carie qu'elles étaient plus riches en matières minérales.

Dans un mémoire que nous publierons prochainement, nous donnerons avec détails les caractères des cultures des micro-organismes ci-dessus décrits, et nous analyserons les travaux de nos devanciers.

(Société de Biologie.)

La dentition dans l'armée russe

Javorsky, de Saint-Pétersbourg, a rencontré des dents malades chez 709 individus sur 1,725 soldats qu'il a examinés, c'est-à-dire dans une proportion de 45 0/0. En groupant ces observations suivant la nationalité et le caractère anthropologique, le Dr Javorski est arrivé aux résultats suivants : la plus grande proportion de dents malades ou cariées se trouve chez les juifs, où elle arrive à 58, 7 0/0 ; viennent ensuite les Polonais, 44, 2 0/0 ; les Lithuaniens, 40 0/0 et les Russes 28, 2 0/0.

Stomatite-Blennorrhagique

M. Cutler rapporte, dans le « New-York med. Journ.», le cas d'une femme qui, dix jours auparavant, avait eu des rapports anormaux avec un matelot. Le lendemain matin, elle avait la bouche desquamée et sèche, la salive présentait un très mauvais goût ; le second jour des écorchures apparurent aux lèvres ; le troisième jour les gencives et la langue étaient enflammées et douloureuses ; le cinquième jour l'inflammation de la cavité buccale était telle que la malade ne pouvait plus manger ; il s'en écoulait un liquide blanchâtre mélangé à du sang, d'une odeur vireuse ; cet état persista jusqu'au moment où elle se vit obligée d'aller au Dispensaire, c'est-à-dire dix jours après le début.

Au moment où on l'a examinée, les lèvres crevassées étaient le siège d'une éruption herpétique à différents degrés. La membrane muqueuse des lèvres et des joues très enflammée et mince, était dépouillée de son épithélium par places, tandis que dans d'autres se trouvaient des fausses membranes qui, une fois détachées, laissaient une surface excoriée. Les gencives tuméfiées et rétractées saignaient à la moindre pression. Salivation diminuée. Dans le liquide qui s'écoulait de la bouche on a trouvé surtout du mucus, du pus, de l'épithélium et un grand nombre de bactéries. Les fausses mem-

branes contenaient des micro-organismes ressemblant aux gonococcus.

S'il s'agissait bien réellement de gonococcus, ce fait serait extrêmement rare, peut-être même unique. (Bull. med. 2 janv. 1889.)

L'HYDROA DES MUQUEUSES

Parlons d'abord de la stomatite de l'hydroa. Le premier symptôme est fonctionnel; les malades se plaignent de cuissons, de piqûres d'épingles dans la bouche, sur la langue; les enfants à la mamelle crient en tétant. Bientôt se montrent des rougeurs localisées, et rapidement se déclarent des lésions phlyctenoïdes ou même des bulles vésiculeuses qui deviennent vite opalines et blanchâtres.

Sur le frein, les plaques sont blanchâtres, plus souvent fissurées; sur les gencives les lésions consistent en exulcérations saignantes, circonscrites, ressemblant à des plaques de stomatite ulcéro-membraneuse sur la langue; on voit tantôt des plaques opalines, tantôt des lésions analogues aux plaques dépapillées de la syphilis; d'autres fois des ulcérations rougeâtres toujours arrondies et limitées. A la voûte palatine, on distingue des plaques opalines.

La période de réparation débute vers le deuxième septenaire; les sensations pénibles diminuent; la fausse membrane tombe; l'exulcération se cicatrise.

Toutes ces lésions simulent les syphilides buccales et surtout les plaques muqueuses; lorsqu'il y a coexistence d'autres lésions sur divers points de l'économie, soit syphilitiques, soit hydroïques, le diagnostic devient relativement facile; mais si la stomatite de l'hydroa est seule primitive, ce qui est rare, il n'en est plus de même. Dans ce cas, si l'on a assisté à l'évolution des bulles, on peut facilement reconnaître la nature de l'affection; mais si l'on arrive à la phase de l'ulcération le diagnostic devient fort difficile; les commémoratifs, la marche relativement rapide de la maladie vous indiqueront la nature hydroïque. J'ai vu cependant des stomatites de l'hydroa persister pendant un mois, cinq semaines.

Lorsque le médecin se retrouve en présence de lésions analogues à des plaques muqueuses buccales isolées, sans autre signe de syphilis, il doit songer à l'hydroa buccal, suivre avec soin le malade pour voir s'il ne découvre aucune lésion spécifique; et, après plusieurs mois d'observation attentive, ordinairement le diagnostic est possible pour l'apparition ou non-apparition d'accidents syphilitiques.

(*Bulletin médical*).

TRAITEMENT DES LEUCOPLASIES BUCCALES PAR LE BAUME DU PÉROU

On sait que la leucoplasie buccale est une affection très rebelle à tous les traitements, scarifications, thermo-cautère, curage, nitrate d'argent, iode, etc., souvent inguérissable et pouvant même parfois dégénérer en épithélioma. Or, M. Rosenberg « Therapeutische Mo-

natshefte », 1888, n° 10, prétend avoir trouvé dans le baume du Pérou un moyen à la fois inoffensif et très efficace contre cette désagréable maladie.

Notons que le travail de M. Rosenberg sort de la clinique dermatologique du professeur Lassar, à Berlin, et qu'il est basé sur l'observation de treize malades, dont l'un est l'auteur lui-même.

Le traitement préconisé par M. Rosenberg consiste en badigeonnages des parties affectées avec le baume du Pérou pur. Les parties douloureuses et fissurées sont badigeonnées à l'aide d'un pinceau mou, tandis que sur les plaques insensibles de la muqueuse il est bon de faire des frictions au moyen d'un pinceau dur. Ces badigeonnages et frictions doivent être faits par le malade lui-même, d' une à trois fois tous les jours. Après chaque badigeonnage le médicament doit être gardé dans la bouche au moins pendant trois à cinq minutes.

Les badigeonnages au baume du Pérou provoquent toujours une sensation légère de brûlure et une salivation profuse. Il faut que le malade résiste pendant quelques minutes à l'envie de cracher pour laisser le temps au médicament de produire son action. Deux autres conditions indispensables au succès sont : l'emploi d'un médicament de bonne qualité, (le baume du Pérou est souvent sophistiqué), et un traitement aussi prolongé que l'exige chaque cas particulier. Souvent il suffit de quelques jours pour voir disparaître les douleurs et de quelques semaines pour obtenir la guérison. D'autrefois le traitement est beaucoup plus long. Ainsi, l'auteur fut obligé de se badigeonner une fois par jour, pendant quinze mois, pour se guérir définitivement de deux foyers leucoplasiques, dont un siégeait sur la langue et l'autre sur la muqueuse de la joue.

Sur neuf cas de leucoplasie buccale traités par le baume du Pérou, M. Rosenberg obtint dans huit une guérison complète, et, jusqu'à présent, sans récidives. Un seul malade n'a été qu'amélioré. Mais cet insuccès relatif n'infirme en rien la valeur du médicament, car d'abord on avait affaire ici à une affection très invétérée, datant de vingt-cinq ans ; et, ensuite, quel est le médicament, même le plus efficace, qui parfois n'échoue pas ?

Les excellents effets du baume du Pérou sur les leucoplasies buccales engagèrent M. Rosenberg à essayer l'action de ce même médicament dans la stomatite mercurielle et sur les plaques muqueuses de la syphilis, ce qu'il fit chez quatre malades de la clinique du professeur Lassar. Les résultats furent très favorables ; le badigeonnage faisait rapidement disparaître les douleurs dont sont accompagnées les plaques muqueuses, hâtait singulièrement la guérison de ces plaques et diminuait la salivation, ainsi que la durée de la stomatite mercurielle,

M. Rosenberg se propose d'étudier l'action du baume du Pérou sur les autres muqueuses, sur celles de l'urèthre, du rectum et des organes génitaux de la femme.

Pour le moment, il résume les résultats de ses recherches dans les conclusions suivantes :

1° Le baume du Pérou exerce une action analgésique dans les états douloureux de la cavité buccale, dus à des altérations morbides de la muqueuse ;

3° Il accélère la guérison des ulcérations de la muqueuse buccale ;

3° Il fait disparaître les opacités et les épaississements de l'épithlelium buccal. Dans les leucoplasies invétérées, ce résultat ne s'obtient qu'au prix d'un traitement très prolongé.

Traitement chirurgical de l'abcès du Sinus

M. Barth. — La plupart des empyèmes du sinus maxillaire sont provoqués par des dents cariées.

Quand on extrait ces dents, le pus s'écoule immédiatement ou bien après perforation d'une simple lamelle osseuse avec n'importe quel instrument. C'est ainsi que l'on peut guérir un grand nombre de cas. Quand on ne réussit pas à se frayer une voie par l'alvéole, on atteint souvent le but en procédant au lavage au moyen du tube d'Hartmann. L'ouverture de l'empyème par la fosse canine est réservée pour les cas difficiles où des corps étrangers, des sequestres. se trouvent dans l'antre d'Hygmore.

M. B. Fraenkel. — Il y a des cas qui résistent aux méthodes habituelles de traitement. L'ouverture de l'empyème par la fosse canine est alors indiquée, car elle permet un examen suffisant des parties affectées.

L'ouverture par l'alvéole est dangereuse, attendu que des fragments de substances alimentaires peuvent pénétrer dans le sinus maxillaire. Quant aux lavages, ils ont cet inconvénient que beaucoup de malades ne peuvent apprendre à les pratiquer et que le médecin ne peut les faire journellement, pendant des années, au même malade.

M. Hahn. — Dans dresque tous les cas d'empyème du sinus maxillaire, j'ai pu constater une fente dans l'os. J'incisais à travers cette fente, avec un fort bistouri, j'introduisais un drain et j'obtenais ainsi chez la plupart des malades une guérison rapide.

M. Hartmann. — J'ai soigné en tout 34 malades atteints d'empyème de l'antre d'Hygmore, et chez les deux tiers j'ai obtenu la guérison par mon procédé de lavage. J'introduis mon tube, non pas par l'orifice naturel, mais à travers une fente membraneuse qui se trouve sur la paroi externe du méat nasal moyen. L'intervention opératoire n'est indiquée que dans le cas où les lavages par l'alvéole et le méat ne réussissent pas.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

MOYEN D'EXCAVER LES DENTS SANS DOULEUR A L'AIDE DU JET D'ÉTHER PULVÉRISÉ

Par M. le Dr Ottolengui

On commence par isoler la dent à préparer, avec une ou deux autres de chaque côté, au moyen de la digue de caoutchouc. Puis on l'essuie avec du papier buvard et on la sèche avec un courant d'air modérément chaud, qu'il faut continuer jusqu'à ce que la dent blanchisse, ce qui annonce une deshydratation suffisante.

On procède ensuite à l'anesthésie. On se sert pour cela de l'éther le plus pur, lancé en spray continu. Pour savoir combien de temps il faut continuer la pulvérisation, il suffit d'observer les yeux du sujet. Comme l'éther détermine toujours plus ou moins de douleur, il importe d'en avertir le client en lui expliquant que la souffrance ira en diminuant et que le résultat sera de permettre de préparer la dent sans douleur. Le sujet ainsi prévenu supportera le mal, mais en fronçant les sourcils. Peu à peu, ses muscles se relâcheront jusqu'à ce que l'expression devienne placide, indifférente, et ce sera là le signe de la cessation de toute souffrance. On peut encore prolonger un peu la pulvérisation, puis opérer ensuite la dent. Le résultat de cette méthode est invariable; on est sûr du succès si l'on remplit bien les conditions. L'opérateur et le sujet seront satisfaits l'un et l'autre, celui-ci de la douleur évitée, le premier du temps économisé et, s'il est d'une nature sympathique, de sa tranquillité d'esprit.

Il est bon de ne pas laisser l'éther aller en contact avec la membrane muqueuse ni même avec la joue, autrement il serait très désagréable et souvent douloureux. Pour qu'il ne touche pas la muqueuse, on aura soin d'employer une large digue et de la bien assujettir à chaque dent. Pour éviter son contact avec le tégument, quand on a affaire à l'une des dents antérieures du haut, on mettra une serviette autour de la face et sur le menton en l'insinuant sous la dent et la maintenant en place avec un porte-digue, bande élastique qui va se fixer à la nuque. De la sorte, l'éther pourra s'écouler sur la serviette. Dans les cas moins accessibles, un morceau d'amadou placé près de la dent remplira le même rôle.

On a objecté qu'un semblable traitement peut amener la mortification de la pulpe. Or, des expériences faites en lançant le jet d'éther sur la pulpe elle-même mise à nu ont montré que cet organe ne court aucun risque. Une autre objection, c'est qu'avec une dent ainsi insensibilisée on peut être tenté de faire une obturation capable d'occasionner de graves troubles quand la dent reviendra à sa sensibilité normale Répondons simplement que l'insensibilisation n'empêche pas de prendre toutes les précautions ordinaires. Cependant si la cavité est profonde, il faut avoir soin de mettre une coiffe sur la dentine avant d'insérer l'or.

Après avoir ainsi traité une dent, on peut user des instruments tranchants à volonté pendant 2 à 5 minutes, sans déterminer la moindre douleur. Ce procédé convient mieux aux dents supérieures parce que l'éther, en s'accumulant dans la cavité d'une dent inférieure, empêche le spray de se transmettre avec toute sa force.

Néanmoins, si l'on a soin de disposer convenablement un morceau d'amadou pour s'emparer du liquide excédant, le résultat sera aussi bon à la la mâchoire du bas qu'au maxillaire supérieur.

Il ne nous reste plus qu'à dire que si l'on veut essayer cette méthode, on l'adoptera, car elle est aussi avantageuse pour l'opérateur que pour le sujet. Espérons que, malgré la routine et la résistance aux progrès, nous aurons d'ici à peu de mois beaucoup d'imitateurs.

Archives of Dentistry et Progrès Dentaire.

EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

Par M. le docteur Crequy

Il consiste à brouiller un écheveau de fil entre les mains de manière à l'emmêler le plus possible, de le fixer par le milieu avec un fil résistant long de 40 à 50 centimètres, de l'englober de confiture au goût du patient et de le lui faire avaler. Aussitôt qu'on le suppose avoir dépassé le corps étranger, on tire sur le fil qui l'entraîne et le fait sortir. J'ai réussi plusieurs fois par ce procédé ; mais dans un cas la traction fut inutile, le peloton de fil arrivé au niveau du corps étranger (qui présentait des aspérités) détermina les efforts de vomissements qui produisirent l'expulsion.

Il est probable que, dans ce cas, la pelote de fil, par son volume, dilate l'œsophage, détache les aspérités du corps étranger de ses parois et produit au-devant de ce dernier un peu de vide qui lui permet de rebrousser chemin.

Ce procédé me paraît surtout applicable lorsqu'il s'agit d'os ou d'arêtes de poisson ; c'est du moins dans ce cas que je l'ai employé à la grande satisfaction du malade.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

MÉDICAMENTS EXPLOSIFS

Dans son Compendium de thérapeutique récemment publié à Stuttgart, Kobert consacre un chapitre aux mélanges qui pourraient être détonants, et que par conséquent les médecins doivent bien se garder de formuler.

On y relève les formules explosives suivantes :

Une partie d'acide chromique et deux de glycérine, font immédiatement explosion.

Le chlorate de potasse, dont on peut se servir pour faire des poudres de chasse ou de guerre, peut faire explosion quand on le mélange à diverses poudres d'origine végétale, telles que la poudre de charbon, le tannin, la poudre de quinquina. Ces substances sont parfois associées au chlorate de potasse dans une formule de poudre dentifrice, celle-ci pourrait faire explosion dans la bouche; cependant l'explosion ne se produit guère qu'au contact d'une flamme. Le chlorate de potasse ne doit pas non plus être associé à diverses substances minérales. Avec le sousphosphate de soude, ils font immédiatement explosion. Avec le perchlorure de fer et la glycérine, comme on le formule parfois en Angleterre il peut détoner si la température s'élève.

L'iode donne aussi des composés détonants quand on le met en contact avec l'ammoniaque. On sait que les iodures d'azote qui se forment dans ce cas détonent avec la plus grande facilité. Le choc d'une plume suffit à amener leur explosion.

En résumé, se méfier surtout des substances suivantes : acide chromique, chlorate de potasse, iode, acide picrique, substances azotées et glycérine; si l'on est dans l'obligation de les prescrire, bien s'assurer en les formulant de ne pas les associer à d'autres substances avec lesquelles elles formeraient un mélange détonant.

(*Bulletin médical*).

LA CRÉOLINE

La créoline est un liquide fabriqué en Allemagne par la maison Pearson et Cie, qui a pris le monopole de cette fabrication. Ce liquide est d'un brun foncé à forte odeur goudronneuse et se mêle intimement à l'eau, à l'alcool, à l'éther. Le mélange avec l'eau forme une émulsion blanc jaunâtre qui prend l'apparence laiteuse et brunit en vieillissant.

La maison allemande qui prépare la créoline cache avec soin son procédé. Il est néanmoins établi que le nouvel antiseptique provient du goudron de houille. La houille devrait être choisie avec beaucoup d'attention et serait d'origine anglaise.

D'après les fabricants eux-mêmes, il y aurait dans la créoline 66 0/0 d'hydrocarbures indifférents, 27,4 0/0 de phénols autres que l'acide phénique, 2,2 0/0 de bases organiques, 4,4 0/0 de cendres. D'après Fischer, on y trouverait de la naphtaline, du xylénol, etc., etc. En somme, c'est un mélange d'un grand nombre de corps; ce qui est important, c'est que ce mélange ne renferme pas d'acide phénique, ainsi que le prouve l'absence de réaction avec le réactif de Millon.

La créoline n'est pas toxique; Thomesco en a donné 50 centigr. par jour pendant plusieurs jours, sans aucun inconvénient; il s'agissait d'un cas d'entérite chronique.

Spœth s'en est administré à lui-même jusqu'à 8 gr. par jour sans grands troubles; il y a désinfection complète des matières intestinales, bien que V. Penzold ait observé quelques phénomènes toxiques à la suite de badigeonnages d'émulsion à la créoline sur la plèvre et le péritoine du lapin.

Hiller a fait sans accidents des injections dans la cavité pleurale de l'homme avec des solutions de 1 à 5 p. 1,000. Jessner a fait des injections dans la vessie. Frohner a donné à l'intérieur à des chevaux et à des chiens jusqu'à 50 grammes par jour. Neudorfer a recherché la toxicité en injections intra-veineuses. 50 centigrammes par kilogramme d'animal déterminent des signes de douleurs violentes, de larges oscillations de la pression sanguine, des contractions tétaniques, etc. La mort survint à la troisième injection de 50 cent. par kilogramme.

L'action sur les micro-organismes a été surtout étudiée par Esmarch. Le staphylococcus pyogènes aureus, les microbes de la fièvre typhoïde et du choléra sont détruits en dix minutes lorsqu'ils se trouvent dans des liquides auxquels on ajoute 1 p. 1,000 de créoline. L'acide phénique à la même dilution met deux jours pour produire les mêmes effets.

Eisenberg a fait trois séries d'expériences. Dans la première il prouve que des solutions à 5 et même 6 0/0 détruisent rapidement les microbes pathogènes ; dans la deuxième il a montré que la créoline était supérieure à l'acide phénique, même contre les microbes les plus résistants, tels que ceux du foin ; enfin il a comparé, en troisième lieu, l'efficacité de la créoline à celle du carbol ; une solution à 2 0/0 arrête le développement des spores, tandis qu'une solution à 5 0/0 de carbol reste inefficace.

Le premier emploi chirurgical de la créoline semble avoir été fait par Kortum. Il reconnaît que, en solution à 1 ou 2 0/0, elle est antiseptique, hémostatique, fait disparaître la suppuration et excite le développement des bourgeons charnus.

(*L'Union médicale.*)

VALEUR ANTISEPTIQUE DU FLUO-SILICATE DE SOUDE

Par M. Berens.

Une étude expérimentale antérieure ayant fait constater à Berens que le fluo-silicate de soude jouit d'un pouvoir antiseptique évident, cet auteur a eu l'occasion de l'employer, avec succès, dans la blennorraghie.

Eau de roses. . . .	100 grammes
Fluo-silicate. . . .	1 à 2 gr.

Comme collyre dans l'ophthalmie catarrhale et purulente des nouveaux-nés :

Eau distillée.	10 grammes
Fluo-silicate de soude. .	0 gr. 1 à 0 gr. 5

M. Berens a encore employé ce sel avec succès contre le catarrhe de l'oreille, la leucorrhée, etc. En application à 6 0/0 contre la teigne, il lui a donné de bons résultats.

(*The therapeutic Gazette, — Le Bulletin médical.*)

PASTILLES CONTRE LA FÉTIDITÉ DE L'HALEINE

Café torréfié et pulvérisé.	75 grammes
Charbon pulvérisé.	25 —
Acide borique pulvérisé.	25 —
Saccharine.	0 gr. 65
Teinture de vanille.	q. s.
Mucilage de gomme.	q. s.

F. s. a. des pastilles de 0 gr. 70 chacune.

(Americain Druggist.)

HOFMAN. — *Le salicylate de soude à l'intérieur contre les maux de dents.*

L'auteur recommande l'emploi du salicylate de soude à l'intérieur contre les maux de dents, à la dose de 0 gr. 75 toutes les demi-heures. Ordinairement, deux ou trois doses sont suffisantes ; rarement, on a besoin de plus. La douleur est calmée pour un ou plusieurs jours. Le remède n'est pas radical ; la douleur reparaît toujours quand la cause (carie ou inflammation) n'est pas traitée.

(*Therapeutische Monatshefte*. T. II, Juli 1888, p. 352.)

DU COCAÏNISME CHRONIQUE

M. MAGNAN. — Je viens d'observer trois cas d'intoxication chronique par la cocaïne; les sujets qui m'ont fourni ces observations étaient tous les trois adonnés à la morphine depuis plusieurs mois ou plusieurs années. C'est pour remplacer cette substance qu'ils ont fait usage de la cocaïne en injections sous-cutanées à doses modérées d'abord, puis successivement croissantes.

C'est ainsi qu'ils sont arrivés à s'injecter quotidiennement 1 gr., 1 gr. 50, 2 gr. et même 2 gr. 50 de cocaïne. Au bout d'un temps variable, mais qui n'a jamais été inférieur à trois ou quatre mois, ces malades ont éprouvé des troubles plus ou moins graves, tels qu'une activité exagérée, de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, des illusions visuelles et des troubles de la sensibilité générale affectant presque toujours le même caractère. Ces malades se figurent avoir des corps étrangers sous la peau, de petits vers, des microbes, etc., qu'ils cherchent à faire sortir en se grattant. En même temps il existe un certain degré d'analgésie : les piqûres sont à peine senties. Plus tard on constate des troubles de la motilité, du tremblement et quelquefois même de véritables attaques d'épilepsie.

M. DEJERINE. — Dans un cas analogue à ceux que vient de rapporter M. Magnan, j'observé de la tachycardie.

M. MAGNAN. — Je n'ai pas constaté une véritable tachycardie chez mes malades, cependant tous ont présenté de la fréquence du pouls avec un peu de dyspnée.

M. BROWN-SÉQUARD. — J'ai vu survenir une véritable attaque d'épilepsie chez un chien cocaïnisé.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

ÉCONOMIES QUE PEUT FAIRE UN DENTISTE

Savon. — Mettre de côté tous les petits morceaux de savon qui proviennent du cabinet d'opérations et de l'atelier, les couper avec un couteau, les placer dans un vase d'acier, ajouter un peu d'eau, de la pierre ponce en poudre, une faible quantité de lessive, faire bouillir sur un feu doux jusqu'à dissolution ou fusion complète, verser dans un moule et, après refroidissement, couper la quantité voulue : on obtient ainsi le meilleur savon, enlevant toutes les taches.

Cire. — Mettre de côté tous les résidus de cire et de composition à modeler, les placer dans un vase d'étain de 4 pouces de diamètre et de 10 de haut à poignée avec une livre ou deux de cire d'abeilles pour remplir le vase. Y verser une pinte d'eau pour empêcher de brûler; après fusion complète, enlever du feu, avoir alors deux morceaux de verre juste assez larges pour entrer dans le vase contenant la cire fondue et assez longs pour dépasser la surface du liquide afin qu'on puisse les saisir et tout auprès un seau d'eau contenant un morceau de glace, placer le verre dans l'eau jusqu'à ce qu'il soit froid, le retirer, le plonger dans la cire fondue et le retirer immédiatement, râcler les bords avec une spatule, plonger dans l'eau froide, et deux feuilles de cire juste de l'épaisseur et de la viscosité voulue s'en détacheront.

Acheter une once de cristaux de chlorure de zinc et une once d'oxyde de zinc. Faire une solution saturée de chlorure de zinc dans l'eau et cela, avec l'oxyde, fera de l'oxychlorure comme celui qu'on achète chez les fabricants.

Un registre ordinaire avec les désignations suivantes permet de conserver exactement l'histoire de tout cas donné aussi bien que les registres spéciaux. Désigner les dents du maxillaire supérieur en commençant par l'incisive centrale, à droite ou à gauche, par a, b, c, d, e, f, g, h, et celles du maxillaire inférieur, dans le même ordre, par 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Adopter des marques pour indiquer la place respective dessus ou dans la dent : couronne — antérieure — postérieure — extérieure — intérieure — chambre pulpaire obturée.

Des tire-nerfs dont la barbe est enlevée sont d'excellents instruments pour introduire la gutta-percha dans les canaux des racines.

Pour remplacer utilement les perforateurs de digue, étendre celle-ci sur l'extrémité d'un excavateur ordinaire et, en touchant près du point avec un instrument tranchant, on fera un trou tout aussi bien qu'avec le perforateur le plus compliqué.

Faites vos matrices avec une bande ordinaire d'étain ou de cuivre et en joignant ou en soudant les extrémités ensemble, vous obtiendrez le même résultat qu'avec un instrument dispendieux.

Ne jetez pas un excavateur parce que vous en avez cassé la pointe, mais chauffez celle-ci avec la lampe à l'alcool ou avec le gaz et, avec l'enclume et le marteau, façonnez un instrument plus large, ou bien encore limez et, quand vous avez obtenu la forme voulue, chauffez au rouge et enfoncez dans un morceau de savon ordinaire de toilette : vous obtiendrez ainsi un instrument trempé qui coupera le verre.

Coupez votre digue en morceaux d'environ 4 pouces sur 9, à environ 1 pouce de l'extrémité étroite, percez quatre trous pour les dents, puis lavez, rincez et séchez bien, ensuite coupez à environ 2 pouces de l'extrémité contenant les trous, et le morceau qui reste est de nouveau prêt pour votre malade.

Un agenda ordinaire peut faire un excellent carnet de rendez-vous.

La digue peut être attachée avec du fil de lin qui coûte fort peu.

(*Dental Review.*)

RENFORCEMENT DU PAPIER A FILTRER (Francis)

En mouillant pendant quelques instants du papier à filtrer avec de l'acide nitrique (densité 1,42) et en lavant ensuite à l'eau, le papier devient très résistant et conserve presque complètement son pouvoir filtrant; ce papier convient pour les filtrations où le précipité doit être détaché du filtre à l'état humide. On peut ne pratiquer le renforcement que sur la partie du papier qui doit former le fond des filtres.

(*Journal of the chemical et Répertoire de pharmacie.*)

PROCÉDÉ POUR ENLEVER LA ROUILLE SUR LE FER ET L'ACIER

Les objets sont plongés dans une solution saturée de chlorure d'étain pendant 12 à 24 heures, suivant l'épaisseur de la rouille. Le chlorure doit être aussi neutre que possible; autrement l'acidité nuirait au métal. On lave ensuite à grande eau, puis à l'eau ammoniacale et on fait sécher.

Ce traitement donne aux objets de fer ou d'acier un aspect d'argent mat qui se polit par frottement.

Blocs a souder

Des parties égales de charbon de bois et de pierre ponce pulvérisés, mélangées dans l'eau jusqu'a ce qu'elles atteignent une consistance limoneuse et épaissies avec du plâtre, forment des blocs à souder. très convenables. — Van Waert.

Réparation instantanée

Placer une dent branlante ou tombée sur les plaques de caoutchouc avec de l'amalgame de cuivre, pratiquer une ouverture derrière la dent, obturer avec de l'amalgame préparé et enfoncer la dent. — Whipple.

Moules pour estamper les couronnes

Des moules de cuivre très dur pour estamper les couronnes d'or peuvent être facilement faits avec de l'amalgame de cuivre, en enfonçant une couronne naturelle dans l'amalgame préparé placé dans un trou carré demi-pouce pratiqué dans un bloc de plomb. — Whipple.

Colle pour modèles brisés

Un excellent ciment pour moules et modèles brisés s'obtient par le mélange de la glycérine et de la litharge.

Moyen d'éviter l'entrainement de la digue pendant la rotation des disques

En frottant du savon sur le bord des disques ou sur la digue elle-même on évite d'accrocher et de déchirer celle-ci.

VARIA

UNE ÉCOLE DENTAIRE AU XVIIIe SIÈCLE

M. le professeur Lussana, de l'Université de Padoue, a eu l'heureuse idée de réunir, en un volume (Bozzetti Medici) les nombreux mémoires qu'il a publiés.

Longue et variée en est la liste.

Ne pouvant les examiner et les analyser tous, nous reproduirons seulement un de ceux qui nous ont paru le plus curieux,

et à coup sûr un des moins connus. Il s'agit d'un avis que la Sérénissime République de Venise demandait à l'Université de Padoue, sur la nécessité de créer un enseignement spécial théorico-pratique sur l'art dentaire. Ce mémoire était enfoui, parfaitement inconnu, dans les archives du musée Botacin, et fut retrouvé et mis à la disposition de notre confrère par M. P. Baita, sous-directeur de la bibliothèque du musée. En voici le texte original :

« Demande du Magistrat de Venise au Collège de Padoue si dans les leçons de chirurgie on traite les affections des dents, et, au cas où il n'y aurait pas à ce sujet de cours public, s'il serait utile d'établir une école spéciale. »

Illustrissimes et excellentissimes Seigneurs, provéditeur et sous-provéditeur à la Santé,

Toujours soucieux du plus grand bien de la population, Son Excellence le magistrat chargé de la Santé prie notre Collège de lui faire savoir si l'étude qui a trait aux maladies des dents et à leur traitement est comprise dans les leçons de chirurgie, et au cas où elle n'existerait pas, s'il y aurait lieu d'établir une école spéciale pour l'étude de ces maladies.

Nous ne pouvons certainement cacher à l'œil vigilant du Magistrat les nombreux inconvénients qui accompagnent les maladies des dents, et en général de toutes les parties qui constituent la cavité buccale, et cependant il est peu de parties de notre corps qui servent à plus d'usages ; ce sont précisément celles qui sont le plus sujettes à se vicier, tant par le grand nombre de corps qui agissent sur elles, que par la variété et la multiplicité de leur action. Il est naturel de penser que, comme dans la cavité buccale a lieu la première digestion des aliments qui prépare et facilite leur assimilation qui s'accomplira ensuite complètement dans l'estomac et dans l'appareil circulatoire, cette assimilation sera imparfaite et substituera, dès lors, des humeurs viciées aux humeurs saines qui se produisent chaque jour, quand, soit par l'absence ou la faiblesse des dents, soit par défaut de mobilité dans la langue ou dans la bouche, soit par la mauvaise qualité que la salive a acquise par quelque vice de ces mêmes parties, les aliments ne pourront subir cette première coction ou modification dans la cavité buccale.

Nous passerons sous silence les inconvénients qui résultent de semblables affections dans l'émission de la parole, ce don précieux qui nous rend supérieurs à tous les êtres animés de la création ; nous tairons aussi le dégoût que cause la vue de la difformité de la bouche et des dents, ainsi que l'incommodité qui accompagne ordinairement les affections de ces parties.

Sans mettre en doute l'importance des soins à donner aux dents et aux autres parties de la bouche, nous arrivons à la ré-

ponse aux questions posées à notre Collège par le très respectable Magistrat.

Bien que toutes les maladies externes qui peuvent se traiter avec l'aide de la main soient du ressort de la chirurgie, il arrive cependant que, soit à cause du grand nombre de ces affections, soit à cause de certain remède prôné par l'opinion publique, beaucoup d'opérations ont été négligées et abandonnées aux moins instruits et aux moins occupés.

Il résulte de là que tout ce qui regarde la maladie des dents et de la bouche a été fatalement livré aux charlatans. Et après ce qu'ont écrit Aétius et Celse sur ces affections, on ne connaît pas d'autre chirurgien qui s'en soit occupé, sauf deux hommes célèbres qui effleurèrent la question.

L'un d'eux est Urbin Hemard qui, en 1582, publia un ouvrage intitulé : « Recherches sur la véritable anatomie des dents, leur nature et leur propriété, ainsi que sur les maladies qui leur surviennent. » L'autre fut Martin qui, en 1679, écrivit une dissertation dans laquelle il explique la nature des dents et traite de leur guérison, mais sans parler des opérations qui peuvent leur convenir. Dans ce siècle, où tout ce qui touche aux sciences et aux arts fut envisagé avec le plus grand intérêt et au point de vue de sa plus grande utilité, il ne manqua pas de savants chirurgiens qui, reconnaissant l'importance de la conservation des dents et des différentes parties de la bouche, s'attachèrent à ce sujet et portèrent cette branche de la chirurgie au plus haut degré qu'elle pût atteindre. Ces chirurgiens furent appelés chirurgiens dentistes et parmi eux se distinguèrent surtout les Français, Fauchard, Busson, Bourdet, Capperon. Fauchard mérite une mention toute spéciale, car il a donné un traité de ces traités en 1746 en deux volumes et avec table.

Mais à la honte de tous ces progrès et des avantages incontestables qu'on reconnut à la préservation des dents, cette branche de la chirurgie fut toujours considérée comme à part et, dans les cours les plus complets et les plus réguliers de chirurgie, ce n'est qu'accidentellement que les professeurs parlent de ces maladies. Nous avons à traiter une blessure, une arquebusade, une tumeur inflammatoire dans les parties internes de la bouche, ou dans les gencives, ou dans les chairs, etc.

A la réserve des traités ci-dessus mentionnés et à part quelques individus qui se sont pour ainsi dire instruits eux-mêmes et s'occupent avec succès de ces maladies, nous n'avons personne parmi nous, il n'y a pas d'institution qui permette aux jeunes chirurgiens de s'instruire sur ces importantes matières. Admettant le bien fondé de notre proposition et ne pouvant mettre en doute l'utilité incontestable de bons chirurgiens dentistes, on en déduira aisément la réponse que nous devons faire à la seconde question que nous pose l'excellent magistrat, à savoir s'il est utile de fonder une Ecole spéciale pour l'étude de ces maladies.

Il nous sera tout d'abord permis de faire observer que si les professeurs de chirurgie pouvaient appeler l'intérêt en traitant des maladies de la bouche et des soins à donner aux dents comme l'a fait d'une manière profitable l'écossais Bell dans son « Traité de chirurgie », qui a été traduit et publié à Venise, et si on pouvait amener les chirurgiens adonnés aux grandes opérations à ne pas regarder comme indigne d'eux de s'occuper de ces questions, rien ne serait plus heureux pour avoir de bons chirurgiens dentistes.

La connaissance de ces maladies et des soins qu'elles réclament exigent des notions d'anatomie, de physiologie, en un mot, de toutes les connaissances qui concourent à former un bon chirurgien. Or il arrive, au contraire, que ceux qui s'appliquent à l'étude d'une maladie et au traitement d'un seul genre de maladie considèrent comme inutiles des notions générales.

Il est de notoriété publique que nombre de dentistes ont gâté et gâtent les plus belles dents, faute d'en connaître la nature, leur degré de résistance aux altérations qui se produisent lorsqu'elles sont privées de cette couche vitrée qu'on appelle émail, ce qui arrive soit par le frottement naturel des dents les unes contre les autres en remplissant leurs fonctions, soit encore par le frottement inexpérimenté de gens qui veulent les nettoyer.

Mais il est indispensable par-dessus tout aux chirurgiens dentistes de posséder les notions naturelles sur le corps humain, afin de connaître l'influence réciproque de toutes leurs parties, comment une cause morbide survenant en un point peut se répercuter et manifester d'une manière plus sensible ses effets dans les régions les plus éloignées. On sait encore, dans le cas qui nous occupe, qu'un violent mal de dents peut dépendre de l'estomac et être guéri par le seul émétique, et que dans la grossesse la seule perte de sang est un remède certain.

Ne croyant guère facile d'obtenir quelque modification dans les cours de chirurgie aussi bien que dans l'opinion des chirurgiens, nous ne pouvons que préjuger de l'incontestable utilité qu'il y aurait à établir une Ecole spéciale sur l'Art dentaire au lieu de laisser au mains de gens inexpérimentés et de charlatans le traitement de ces maladies, assurés que nous sommes que la personne chargée de ce cours, disignée par un vigilant et éclairé magistrat, serait telle qu'elle ne laisserait rien à désirer.

Telle est notre opinion :

Lodovicus Ogniben Prior, etiam nomine totius collegii.

Joannes Sografi, pub. prof, d. coll. Antonius Pimbiolo de Engelfredis d. collegio adscriptus.

Stephanus Gallini p. p. et sacro coll. adscriptus.

Hyeronimus Ferrari dott. collegiatus qui pro coleg. hocscripsi.

Ego Hyeronimus Minozzi, not. coll. accance dicti S. E. subscripsi. »

Il résulte de ce document que l'Ecole dentaire était déjà à cette époque jugée non seulement utile, mais encore indispensable. Il est juste de remarquer que, grâce au concours éclairé d'un grand nombre de chirurgiens, l'incontestable utilité de sérieuses études pour les maladies des dents a été reconnue, et que depuis quelques années deux Ecoles dentaires spéciales ont été fondées à Paris, où elles fonctionnent avec un véritable succès au grand profit de tous.

Que de temps il a fallu pour en arriver là !

Dr Moreau de Tours.

(*Journal d'Hygiène*).

NOUVELLES

M. Gravollet D. E. D. P. vient d'être nommé chef du laboratoire de prothèse à l'Ecole Dentaire de Paris.

La petite Gazette change de titre et s'appellera désormais « Le Monde dentaire » Journal des dentistes français.

Au concours d'agrégation (chirurgie et accouchements) les leçons orales demandées aux candidats étaient : « Plaies de la région parotidienne, kystes des mâchoires.

D'autre part, deux des questions données pour l'accession au Bureau central de Chirurgie étaient :

Région sus hyoïdienne.
Fracture du maxillaire inférieur.

Les dentistes formant le dîner du « Chicot » se réuniont exceptionnellement le 10 avril pour fêter le 10e anniversaire de la fondation du Cercle des dentistes.

Nous apprenons la fondation de deux nouveaux journaux dentaires : *The Dominion Dental Journal*, directeur M. G. Beers de Montréal.

Le *Zaknaztliche Rundschan*, directeur M. Papsch. A. Imrspruck.

Nous souhaitons la bienvenue à ces deux organes du progrès professionnel.

STANLEY DENTISTE

Il y a 3 ou 4 ans j'ai donné mes soins à l'explorateur Stanley. Il me parlait un jour des désordres dentaires auxquels sont sujets les Européens résidant en Afrique et il citait son prédécesseur Livingstone comme un exemple de ce fait : « Il aurait vécu jusqu'à présent, disait-il, sans ses souffrances, causées, pour la plupart, par ses maux de dents et par la perte de celles-ci. » Il exprimait le regret que Livingstone n'eût pas pu être soumis à un traitement de médication ou de prothèse.

Entre autres choses Stanley me décrivit la façon dont les indigènes africains se nettoient les dents à l'aide de petits bâtons ou de racines semblables aux cannes de nos dragons.

Quand il partit pour son expédition je lui donnai un souvenir consistant en une série complète de remèdes dentaires avec des instructions pour leur emploi. Je pense qu'il n'a pas eu occasion de s'en servir pour son propre compte mais je crois que, comme dentiste amateur, il a rendu quelques services aux indigènes qui se sont fiés à lui et que mon petit nécessaire lui a été de quelque utilité.

(Extrait d'un article de M. Alfred Prager dans The journal of british dental association).

MORT PAR LE CHLOROFORME

Mlle de Norwalk se rendit, le 21 février, chez le Dr Gill pour une extraction de dent et comme l'opération menaçait d'être douloureuse, le docteur administra du chloroforme.

La dent fut extraite sans difficulté et la patiente, remise en partie des effets de l'anesthésique, se levait du fauteuil quand tout à coup elle s'affaissa et expira sans un cri.

Des soins médicaux lui furent prodigués, mais, après deux heures d'efforts, les médecins déclarèrent que tout était inutile, le cœur ayant été affecté par le chloroforme.

L'événemeut a produit une profonde sensation à Norwalk où Mlle M... était bien connue.

ORDRE DU JOUR DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Seance du 9 avril.

L'hypnotisme, ses dangers, ses bienfaits en thérapeutique avec présentation de sujet, par M. le Dr Bottey. Présentation d'une nouvelle matrice de M. le professeur Levett. Migration d'une dent par M. Gillard.

Séance clinique. dimanche 7 avril

Démonstration de l'emploi de l'or cristallisé Contenau et Godart, par M. le professeur Levett.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

Périodiques. — Travaux Originaux

The Dental Cosmos (mars 1889).

Methods in dental college education. — Méthodes d'enseignement dans le collège dentaire.

Root-filling. — Obturation des racines.

Removable artificial dentures. — Dentiers postiches.

Zahnärtzliches Wochenblatt (mars 1889).

Keilscheere mit automatischem Zungenhalter. — Ciseaux à coin pour maintenir la langue automatiquement.

Die Resorption bleibender Zähne durch den Nachbarzahn. — Résorption des dents causée par la dent voisine.

Zur Verlängerung des zahnärtzlichen Studiums. — Augmentation de la durée des études dentaires.

Ueber den Iodoformgeschmack gefüllter zahne. — Odeur d'iodoforme dans les dents obturées.

The Journal of British dental Association (mars 1889).

Effective legislation. — Législation effective.

Shock after dental operations. — Chocs après les opérations dentaires.

Zdhnärtzliche Rundschau (mars 1889).

Abbott's automatischer Hammer nebst einigen Bemerkungen uber das Verarbeitein cohäsiver Folie. — Maillet d'Abbott et remarques sur le martelage de la feuille d'or adhésif.

Imprägnirung der Pulpareste durch Borax nach baumescher Methode. — Traitement de la pulpe par le borax d'après la méthode de Baume.

Ueber Metallarbeitein beim künstlichen Zahnersatze. — Les pièces de métal dans la prothèse dentaire.

Das finiren der plastichen Füllungen. — Polissage des obturations plastiques.

The Archives of dentistry (mars 1889).

Faith healing. — La foi qui sauve.

Table of results of experimental tests of the value of antiseptics Résultats d'essais sur la valeur des antiseptiques.

Incidents of office practice. — Incidents notés dans la pratique.

Hints on the sympathy existing between the gums and uterus. — Corrélation entre les gencives et l'utérus

Immediate root filling. — Obturation immédiate des racines.

The British Journal of dental science (mars 1889).

On the adaptation of gold and Richmond crowns. — De l'adaptation des couronnes d'or et de Richmond.

Inaugural address before the odontological Society of great Britain. — Discours d'ouverture de la Société odontologique d'Angleterre.

On White fillings. — Les obturations de White.
Implantation of teeth. — Implantation.
Chronic cocaine poisoning. — Empoisonnement par la cocaïne.

SOMMAIRE DU DERNIER NUMÉRO :

Travaux originaux. — Aide-mémoire du chirurgien dentiste, par M. P. Dubois. — I. Préface. — II. Conditions, phénomènes et pronostic de la greffe dentaire.

Du diagnostic différentiel des affections inflammatoires du maxillaire inférieur, par M. Tillaux.

Tumeur du périoste développée sur la face postérieure des racines de la dent de sagesse inférieure droite, par M. Barrié.

Accident d'extraction. Dent logée entre les piliers du voile du palais, par M. Ronnet.

Un cas de réimplantation de la deuxième prémolaire inférieure gauche, par M. Touchard.

Société d'Odontologie. — Allocution de M. P. Dubois,

Compte rendu de la séance du mardi 12 février 1889, par M. Legret.

Congrès dentaire international.

Chronique professionnelle. — Rapport annuel présenté à l'Assemblée générale de l'Association générale des dentistes de France par M. Godon.

Rapport du trésorier, par M. Ronnet.

Revue de l'Etranger. — De l'antisepsie dans l'extraction des dents, par Y. Parreidt. Traduction de M. Touchard.

Revue de thérapeutique. — I. Propriétés anesthésiques du strophantus. — II. Incomptabilités entre les antiseptiques. — III. L'eau oxygénée comme antiseptique. — IV. Incompatibilité du chlorhydratede co caïne et du borate de sonde. — V. Acide sulfo-phénique. — VI. Toxicité du bismuth. Stomatite bismuthique.

Inventions, perfectionnements. — Une nouvelle forme d'or à aurifier.

Index bibliographique interntional.

SOCIETE D'ODONTOLOGIE DE PARIS

FONDÉE EN 1881

BUREAU POUR 1889

Présidents honoraires : LECAUDEY, POINSOT.
Président : PAUL DUBOIS.
Vice-présidents : CHAUVIN, PAPOT.
Secrétaire Général : G. BLOCMAN.
Secrétaires des Séances : BIOUX, LEGRET.

COMITÉ D'ADMINISTRATION POUR 1889

BLOCMAN, BIOUX, DE LEMOS.

La Société d'Odontologie de Paris se réunit tous es premiers mardis du mois, à 8 heures et demie au siège de ses séances, rue Rochechouart, 57.

Tous les dentistes peuvent assister aux séances de la Société d'Odontologie.

Les communications et discussions sont publiées au journal officiel de la Société.

Tous les ans, à la fin de la session, le premier mardi de juin, il est tenu une Assemblée générale, dite Congrès annuel à laquelle sont invités tous les membres de la Société.

Elle reçoit toutes les communications intéressant l'art Dentaire et les sciences connexes, ainsi que les présentations d'instruments d'appareils et de produits à usage de dentiste.

Les sujets des communications doivent être au préalable agréés par le bureau.

Le bureau propose à l'avance la mise à l'ordre du jour des questions les plus actuelles, l'exposé des progrès les plus récents.

Tous les ans à la fin de la session le premier mardi de juin, il une est tenu Assemblée générale dite *Congrès annuel* a laquelle sont invités tous les membres de la profession.

Les vacances ont lieu pendant les mois d'août et de septembre.

UNION — PROGRÈS **ASSOCIATION GÉNÉRALE** 1879-1889

DES DENTISTES DE FRANCE

Siège social : 57, rue Rochechouart et rue Turgot, 4 (Anciennement rue Richer, 23)

L'ASSOCIATION COMPREND : 1° l'Ecole et l'Hôpital dentaires de Paris (Société civile); 2° la Société d'Odontologie de Paris (Société scientifique); 3° la Chambre syndicale des dentistes (Syndicat professionnel) ; 4° la Caisse de prévoyance des dentistes ; 5° le journal l'*Odontologie* (organe de l'association).

AVIS. — L'Association générale des Dentistes de France, fondée en 1879, réorganisée en 1884, a pris en main et poursuit avec un succès constant la défense des intérêts professionnels et la réforme morale et scientifique de l'art dentaire; elle comprend plus de trois cent cinquante membres.

Les Dentistes, Médecins ou Fournisseurs pour Dentistes, qui désirent faire partie de l'Association sont priés d'adresser une demande appuyée par deux membres de la Société au *secrétaire général de l'Association,* **rue Rochechouart, 57.**

La cotisation est de *vingt francs* par an.

ÉCOLE ET HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Poinsot, président.
Wiesner ✿, vice-président.
R. Chauvin, —
Ronnet, trésorier. **Papot**, sous-trés.
Lemerle, cons. du Musée. **Prevel**, cons. adj.
E. Lecaudey, directeur de l'Ecole.
Ch. Godon secrét^re^ gén., sous-dir.
Tusseau, secrét^re^ correspondant.
L. Thomas ✿, bibliothécaire.
P. Dubois, sous-bibliothécaire.

MEMBRES DU CONSEIL

A. Aubeau.	**Blocman.**	**F. Jean.**	**Kuhn.**
Barrié.	**A. Dugit.**	**Gardenat.**	**M. Levett.**
Bioux.	**T. David.**	**Gravollet.**	**Pigis.**
			Ed. Prest.

MEMBRES HONORAIRES

F. Billard. — P. Chrétien. — Debray. — Delsart. — Dugit, père. — **E. Pillett.**

CORPS ENSEIGNANT

PROFESSEURS :

A. Aubeau ✿, docteur en médecine.
G. Blocman, méd. de la Faculté de Paris, chir.-dent. D. E. D. P.
Faucher, d^r^ en méd., ex-interne.
Levett, D. D. S., from New-York.
Pillette, chirurgien-dentiste.
Poinsot, chirurgien-dentiste.
L. Thomas ✿, doct^r^ en médecine.
P. Marie, d^r^ en méd. et ès sciences, pharmacien de 1^r^ cl.
Serres, pr. de sciences à l'éc. J.-B. Say
Simonet, préparateur à l'Ecole supérieure de Pharmacie.

PROFESSEURS HONORAIRES

G. Deny, d^r^ en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Gérard ✿, d^r^ ès-sciences, profess. à la Faculté de sciences de Lyon.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*^r^

PROFESSEURS SUPPLÉANTS :

R. Chauvin, P. Dubois, Gillard, Ch. Godon, chir.-dentistes D.E.D.P.
Heide, Lemerle, Ronnet, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

CHEFS DE CLINIQUE :

L. Bioux. F. Jean. M. Lagrange, Legret, L. Meng, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.
Papot, Prevel, L. Regnard, Tusseau, chirurgiens-dentistes D. E D. P.

DÉMONSTRATEURS :

De Lemos, Giret, Horay, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.
Fournier, Barrié. Ed. Prest. chirurgiens-dentistes D. E D. P.

CHEF DU LABORATOIRE DE PROTHÈSE

Gravollet, chirugien-dentiste, D. E. D. P.

ENSEIGNEMENT SUPERIEUR LIBRE

ECOLE ET HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

Fondés par souscription en 1880, subventionnés par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

57, rue Rochechouart et rue Turgot, 4 (Anciennement rue Richer, 23)

PRÉSIDENTS DES SÉANCES D'INAUGURATION :

En 1882, U. TRÉLAT ; en 1883, VERNEUIL ; en 1884, P. BERT ; en 1885, BROUARDEL ; en 1886, le président du Conseil municipal de Paris, G. MESUREUR, député ; en 1887, Dr BOURNEVILLE, député ; en 1888, M. G. OLLENDORF, délégué par le Ministre du commerce.

PRESIDENTS HONORAIRES : MM. les Ministres de l'instruction publique et du commerce.

ANNÉE SCOLAIRE 1888-89 (Neuvième année) — E. LECAUDEY, Directeur ; CH. GODON, Sous-Directeur

L'enseignement est théorique et pratique et divisé en trois années.

	COURS THÉORIQUES	COURS PRATIQUES — *Chirurgie.* (Clinique)	COURS PRATIQUES — *Prothèse.* (Laboratoire)
Cours de année	Physique Chimie. Histoire naturelle. Anatomie. Mécanique.	Assistance à la consultation. Nettoyage de la bouche. Traitement et obturation des caries des 1er et 2e degrés. Extractions.	Série d'appareils sur travail de l'hippopotame, du caoutchouc et du celluloïd.
Cours de année	Anatomie descriptive et physiologie. Dissection. Pathologie générale. Thérapeutique et matière médicale. Physique, chimie et métallurgie appliquées.	Assistance à la consultation. Traitement des caries des 1er, 2e et 3e degrés. Obturations, Aurificatons simples. Redressements. Extractions.	Dents à pivot. Série d'appareils sur le travail du métal et du métal combiné avec le caoutchouc et le celluloïd. Redressements.
Cours de 3e année.	Anatomie et physiologie dentaires (humaines et comparées). Dissection. Histologie; Micrographie. Pathologie dentaire : 1o Maladies de la bouche, 2o Affections du système dentaire. Thérapeutique spéciale : 1o Traitements et obturations ; Aurifications, extractions 2o Anesthésie; Prothèse dentaire; Esthétique. Déontologie professionnelle	Assistance à la consultation. Traitement des caries des 3e et 4e degrés. Obturations. Aurifications à l'or adhésif, à l'or non adhésif et à la méthode rotative. Redressements. Dents à pivot. Extractions avec l'anesthésie. Restaurations buccales et faciales.	Série d'appareils sur le travail des dents à gencives et du Continuous gum. Dentiers. Restaurations buccales et faciales.

Des démonstrations et des exercices pratiques d'anesthésie, de micrograp c, de chimie et de dissection ont lieu différents jours sous la direction de professeurs spéciaux.

DROITS. — Les droits sont, pour la 1re, la 2e et la 3e année, de 400 francs chaque.

AVIS. — L'Ecole dentaire de Paris, la première école professionnelle de ce genre fondée en France, a su gagner la confiance des membres de la profession, l'estime et le patronage des membres les plus éminents du corps médical, professeurs de la Faculté, membres de l'Institut et la bienveillance des pouvoirs publics.

En présence des services rendus, le Ministre du Commerce lui a décerné une médaille d'or et le Conseil municipal de la Ville de Paris, lui accorde tous les ans, une *subvention*.

Près de cinq cents dentistes sont venus depuis huit ans de tous les points de la France et de l'étranger suivre ses cours. Cent cinquante y ont, après examen sérieux, obtenu leur *diplôme*.

Ces succès prouvent l'excellence de son enseignement à la fois théorique et pratique, conçu dans le but de créer des dentistes sérieux, connaissant à fond toutes les branches de leur art et pouvant offrir au public des garanties suffisantes. L'approbation de tous prouve que le but a été atteint.

Tout dentiste désirant suivre les cours de l'**Ecole dentaire de Paris** pour l'année scolaire 1888-89 est prié d'adresser une demande accompagnée : 1o d'un acte de naissance; 2o d'un certificat de bonnes vie et mœurs; 3o d'une ou plusieurs pièces pouvant indiquer sûrement l'époque depuis laquelle il pratique comme élève, assistant ou patenté.

Pour tous les renseignements, s'adresser :

A M. le Secrétaire général, 57, rue Rochechouart, à Paris.

(*Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.*)

TABLE DES MATIÈRES POUR AVRIL 1889

SOMMAIRE DU DERNIER NUMÉRO :

Vol. 9. Paris, Avril 1889 No 4.

L'ODONTOLOGIE

L'HYPNOTISME

SES BIENFAITS ET SES DANGERS EN THÉRAPEUTIQUE

Conférence faite à la Société d'Odontologie de Paris le 9 avril 1888.

par le Dr F. Bottey.

Il fut un temps où l'on ne voyait dans l'hypnotisme, ou plutôt dans le magnétisme, — pour employer l'expression d'alors, — qu'une collection de faits surnaturels, propres à frapper l'imagination et à satisfaire cette aspiration au merveilleux qui est au fond de toute nature humaine.

Mais aujourd'hui que l'hypnotisme, grâce aux travaux de ces dix dernières années, est entré de plain-pied dans le domaine scientifique, c'est avec un esprit de froide et rigoureuse analyse que l'on doit aborder les phénomènes complexes de cet état nerveux. Si l'étude en est encore plus délicate qu'aucune autre, il n'en est pas moins vrai que nous possédons, dès maintenant, un nombre suffisant d'éléments qui nous permettent de suivre, dans la description et dans l'interprétation de ces faits bizarres, la méthode rationnelle et expérimentale applicable à toutes les autres branches de la science.

C'est en m'inspirant de ces données que je vais essayer de vous tracer l'histoire des différents états hypnotiques.

L'hypnotisme, dans ses effets, est aussi vieux que le monde. Pour ne citer que les principaux auteurs, Pline, Galien, Arétée, dans les temps anciens, Pomponace, Paracelse, Van Helmont, au moyen âge, avaient déjà constaté et pratiquaient journellement le magnétisme.

Plus tard, en 1778, Mesmer arrivait à Paris, apportant de Vienne sa nouvelle découverte, « le magnétisme animal, cette « propriété du corps qui le rend susceptible de l'influence des « corps célestes et de l'action réciproque de ceux qui l'envi« ronnent ». Chacun de vous a lu la description des moyens employés par le médecin viennois pour déterminer l'état magnétique. Les malades, rangés en très grand nombre autour d'un baquet, étaient influencés par des barres de fer qui leur trans-

mettaient le prétendu fluide du baquet, par une corde enlacée autour du corps, par l'union des pouces, par le son d'un piano-forte; ils étaient également magnétisés par le regard, ou par l'application des mains sur les différentes parties du corps. Tous ces procédés, nous pouvons le dire déjà, n'étaient pas autre chose que ceux dont on se sert aujourd'hui (fixation des yeux, pressions diverses, excitation de l'ouie, suggestion, etc.), pour provoquer l'hynotisme. Malheureusement, comme Mesmer avait surtout affaire à des malades, il se développait autour de son baquet plus de crises hystériformes que d'états somnambuliques.

Le mesmérisme fit des adeptes, dont les plus remarquables furent Deslon, Deleuze, le marquis de Puységur. Plus tard l'abbé Faria, Bertrand, Dupotet et bien d'autres, continuèrent à émouvoir le public et même le monde officiel; plusieurs commissions académiques furent nommées, plusieurs rapports furent rédigés, tant affirmatifs que négatifs, jusqu'à ce que, enfin, l'Académie de médecine décidât que, désormais, aucune réponse ne serait faite aux communications sur le magnétisme animal — conclusion radicale montrant bien qu'il s'est passé là ce qui arrive trop souvent toutes les fois que dans les questions obscures on ne sait pas dégager la vérité de l'élément surnaturel et mystique qui semble l'entourer.

C'est à James Braid, chirurgien de Manchester, que revient le mérite d'avoir, en 1843, détruit de fond en comble l'édifice mesmérien, en fondant la théorie de l'*hypnotisme* (de υπνος, sommeil). Braid, en démontrant que la fixation plus ou moins prolongée d'un objet quelconque pouvait déterminer l'hypnotisme, en dehors de l'influence d'aucune personne étrangère, a parfaitement établi la subjectivité de l'état nerveux provoqué, et ruiné à jamais la vieille théorie fluidique et objective du « magnétisme animal ».

Depuis Braid jusqu'à maintenant, l'hypnotisme, entré désormais dans une voie positive, a reçu une consécration complète entre les mains des nombreuses personnalités scientifiques qui l'ont étudié. Citons les noms d'Azam, Giraud-Teulon, Gigot-Suard, Liébeault. Ch. Richet. Dumontpallier, Ladame, en France; Berger, Heidenhain, Weinhold, en Allemagne ; Tamburini, en Italie.

Il était réservé à un homme illustre, préparé depuis longtemps à ces études ardues par une connaissance profonde des maladies nerveuses, à M. le professeur Charcot, de faire de l'hypnotisme une véritable science. Prenant pour bases de sa description les hystériques, terrain éminemment favorable par suite de l'accentuation de tous les signes chez ces malades, M. Charcot analysait de main de maître les trois états de catalepsie, somnambulisme, léthargie, qui constituent le *grand hypnotisme*. Vous trouverez reproduites les idées du maître dans les travaux de ses élèves, P. Richer, Gilles de la Tourette et d'autres.

Au point de vue de la détermination de l'hypnotisme dans

l'ordre nosologique, l'Ecole de la Salpêtrière soutient — et nous partageons personnellement cette doctrine — que les états hypnotiques ne sont autre chose qu'une névrose artificielle, d'un ordre particulier, provoquée par des manœuvres spéciales et chez des individus qui sont, soit des hystériques actuels ou en puissance, soit des névropathes à antécédents nerveux héréditaires.

Cette opinion, je dois le dire de suite, n'est pas admise par tout le monde, et nous voyons l'Ecole de Nancy, représentée par MM. Liébault, Beaunis, Bernheim, Liégeois, pour ne nommer que les principaux, soutenir une doctrine divergente sur beaucoup de points. Pour cette Ecole, l'hypnotisme n'est pas une névrose, et les phénomènes qui le constituent sont naturels et psychologiques. La *suggestion* seule les produit et les explique. Les trois prétendues phases de l'état hypnotique (catalepsie, somnambulisme, léthargie) n'existent pas; ce ne sont que des états suggérés. Enfin l'hypnotisme n'est pas particulier aux névropathes, ni même plus facile à obtenir chez eux.

Je ne puis, dans un cadre aussi restreint que celui d'une conférence, discuter et combattre ces dernières affirmations. Je ferai simplement remarquer que les représentants de la dernière Ecole que je viens de citer ont le tort d'être trop absolus, en voulant accaparer au profit de leur thèse tous les états hypnotiques qu'ils provoquent. De même, en effet, qu'il existe un certain nombre de sujets présentant des phénomènes immuables et somatiques que l'on peut grouper sous le nom de *grand hypnotisme*, de même on rencontre également un grand nombre d'états hypnotiques, encore mal connus et mal définis, à l'ensemble desquels on peut donner le nom de *petit hypnotisme*. Ce sont surtout ces états de petit hypnotisme que provoquent les expérimentateurs de Nancy, et vous voyez d'ici l'interprétation vicieuse qu'ils en tirent dans la généralisation de leur doctrine.

Entrons maintenant dans le cœur de notre sujet. Fidèle à la déclaration de principes que je viens de vous faire, j'aurai à passer en revue, tout d'abord le *grand hypnotisme* et ses trois états (catalepsie, somnambulisme, léthargie), et, en second lieu les différents états du *petit hypnotisme*.

Auparavent, je vous dirai quelques mots des différents procédés employés pour provoquer l'hypnose, car ils ne diffèrent pas dans l'un ou l'autre.

On peut dire, d'une façon générale, que tous les moyens sont bons, pourvu qu'ils s'adressent à un organisme prédisposé. Le silence sera une condition très favorable, et le sujet devra être absolument consentant et se mettre dans un état complet de calme cérébral; ces conditions, toutefois, n'ont plus la même importance lorsqu'on s'adresse à des individus entraînés par des hypnotisations antérieures.

On produit l'état hypnotique :

Par la fixation des yeux ou d'un objet quelconque, surtout d'un objet brillant;

Par l'occlusion des paupières, accompagnée d'une légère compression des globes oculaires;

Par un bruit plus ou moins intense, chez des sujets entraînés;

Par la suggestion, qui consiste à affirmer au sujet qu'il va s'endormir, et à lui répéter à chaque instant : « Dormez, dormez... »

Il est certain que la suggestion joue un grand rôle dans la production de l'hypnotisme. Le sujet, persuadé qu'il va dormir sous l'influence du procédé employé (fixation du regard ou autre), crée dans son propre cerveau, par une véritable auto-suggestion, une excitation hypnogène dont l'imagination fait une grande partie des frais. C'est ainsi que s'explique l'influence de ces individus qui opèrent dans les foires ou sur les tréteaux, à l'aide de passes soi-disant magnétiques, sans parler de l'imitation et de la contagion nerveuses, qui se développent fatalement dans ces exhibitions, et dont l'influence réelle n'est pas douteuse.

Je signalerai enfin, pour terminer ce bref exposé des procédés d'hypnotisation, les points hypnogènes que l'on rencontre sur différentes parties du corps de certaines hystériques, et qu'il suffit de presser pour obtenir le sommeil hypnotique.

Grand hypnotisme. — Le grand hypnotisme comprend trois états nerveux s'accusant chacun par une symptomatologie qui lui est propre. Ces états sont : la catalepsie, le somnambulisme et la léthargie. Chacun d'eux peut être provoqué d'une façon primitive, ou au contraire succéder secondairement à un état antérieur. Lorsqu'on procède avec méthode et avec douceur, quel que soit le procédé que l'on emploie, il est très souvent facile de faire évoluer ces trois états dans l'ordre que nous venons d'indiquer tout à l'heure, ainsi que je vous le montrerai bientôt sur le sujet ici présent : on peut alors assister au développement progressif du processus hypnotique; de même, lorsqu'on réveille le sujet avec douceur, on retrouve la série inverse, et on le fait passer successivement de la léthargie au somnambulisme, puis à la catalepsie, et enfin à l'état de veille.

Catalepsie. La catalepsie peut être produite primitivement à l'aide d'un des procédés que nous avons signalés, ou bien consécutivement à la léthargie lorsque les yeux, clos jusque-là, sont, dans un lieu éclairé, découverts par l'élévation des paupières.

Le sujet en catalepsie est comme pétrifié dans la position qu'il occupait auparavant. Les yeux sont fixes, les pupilles légèrement dilatées, les paupières largement ouvertes, animées de très rares battements; la cornée est insensible, on peut approcher un corps étranger près d'elle sans provoquer de réflexes palpébraux.

Les téguments sont, à part quelques rares exceptions, insensibles à la douleur; mais les sens spéciaux persistent toujours

d'une façon plus ou moins notable, ce qui permet d'entrer en communication avec le sujet, comme nous le verrons plus loin.

Les membres, bien qu'ils présentent la plus grande souplesse, offrent cette curieuse propriété de pouvoir garder, pendant un temps quelquefois très long, les positions les plus illogiques et souvent les plus contraires aux lois de la pesanteur : le sens musculaire est exagéré au point que le muscle peut proportionner le degré de sa contraction à la résistance qu'il doit vaincre, comme on peut s'en assurer en mettant le bras dans l'extension et en chargeant la main d'un poids assez considérable. C'est ainsi que le corps du sujet, la tête reposant sur une chaise et les talons sur une autre, se maintiendra dans cette position aussi rigide qu'une tige de bois.

L'état cataleptique cesse instantanément pour faire place au réveil, sous l'influence du souffle dirigé sur les yeux ou sur le visage. Il est remplacé par la léthargie si l'on détermine l'occlusion des paupières, ou par le somnambulisme si l'on pratique une légère friction sur le vertex.

Somnambulisme. Second état de la série, le somnambulisme peut être produit primitivement à l'aide d'une excitation de moyenne intensité. En effet, si l'excitation était trop faible, on ne produirait que la catalepsie, et si elle était trop forte, on arriverait d'emblée à la léthargie.

Il peut être produit consécutivement à la catalepsie par la compression légère des globules oculaires ou par la friction du vertex ; consécutivement à la léthargie, par la friction du vertex.

Dans le somnambulisme les yeux sont fermés, les paupières animées ou non d'un faible frémissement. La résolution musculaire est plus ou moins complète, mais l'attitude générale n'est pas affaissée.

On constate une analgésie du côté de la peau et des muqueuses Par contre, les sens spéciaux sont très exaltés, au point que l'on peut produire, dans certains cas, des phénomènes véritablement surprenants.

Pour en donner une idée, je vous citerai le cas d'un étudiant de Breslau, relaté par Berger, qui, hypnotisé, pouvait lire dans l'obscurite une page imprimée dont il lui était impossible de déchiffrer une lettre à l'état de veille et dont personne ne pouvait lire non plus un seul mot. Dans le même ordre d'idées, Brémaud, de Brest, cite le cas d'une somnambule qui, se trouvant un soir dans son cabinet et regardant à travers les carreaux de la fenêtre, entendait parfaitement un dialogue qui avait lieu à voix basse, à l'autre bout de la rue, entre une femme et un ouvrier du port.

Il en est de même de l'hyperexcitation intellectuelle, qui est très nette dans certains cas. M. Brémaud cite le fait d'un de ses jeunes parents, élève d'un lycée, auquel les sciences mathéma-

tiques, tout en étant connues, étaient loin d'être familières, et qui, en état de somnambulisme, résolvait très élégamment et très rapidement un difficile problème de trigonométrie qui l'embarrassait fort un certain soir, et qui ne l'embarrassait pas moins, une fois l'état de veille survenu.

Cette hyperexcitation des facultés intellectuelles se retrouve, du reste, dans certains cas de somnambulisme spontané. On connaît ces cas avérés où des savants et des artistes ont pu accomplir des œuvres vraiment incompatibles avec le développement des facultés à l'état de veille ; certains élèves, en état de somnambulisme spontané, font leurs devoirs pendant la nuit et sont fort étonnés le lendemain matin, en présence du labeur accompli. Weinhold cite le cas d'un ecclésiastique qui rédigeait, pendant des accès de somnabulisme spontané, des sermons bien supérieurs à ceux dont il entretenait d'habitude ses ouailles.

Malgré l'insensibilité de la peau, si l'on vient à exercer au niveau du tégument cutané une excitation superficielle et extrêmement légère, un frôlement des doigts ou un souffle léger par exemple, on verra se produire dans la région sous-jacente, une contracture musculaire des plus intenses. C'est ainsi qu'en effleurant la région cutanée du biceps, on produira une flexion exagérée de l'avant-bras. Pour détruire cette contracture, il faudra pratiquer une nouvelle excitation cutanée superficielle; mais, chose curieuse, le point d'application n'offre pas de relation constante avec l'attitude du membre contracturé ; tantôt il faudra agir au même point, tantôt à un point diamétralement opposé, et c'est souvent par tâtonnements que l'on arrivera à trouver la zone réflexe décontracturante. Quant aux malaxations et aux frictions du muscle contracturé, elles n'ont aucune influence dans le genre de contracture que nous étudions ici.

Pour terminer cette symptomatologie rapide du somnambulisme, je dirai que, dans cet état, il est facile de provoquer, par voie d'injonctions ou de suggestions, des impulsions automatiques ou des hallucinations variées. J'y reviendrai bientôt.

On fera cesser le somnambulisme en soufflant sur les yeux du sujet. On le transformera en léthargie en comprimant les globes oculaires.

Si, dans le cours de l'état somnambulique, on vient à ouvrir les yeux du sujet, on ne modifiera nullement cet état; le sujet restera toujours en somnambulisme, avec les yeux ouverts.

Léthargie. Dernier terme de la série hypnotique, qu'elle soit produite primitivement ou secondairement, la léthargie est un état dans lequel les yeux sont clos ou demi-clos, les globes oculaires convulsés, et les paupières animées d'un frémissement constant.

La résolution est complète; la tête est inclinée sur une des épaules; les membres sont absolument flasques et retombent inertes lorsqu'on les soulève.

La peau et les muqueuses sont complètement insensibles. Il en est de même des sens spéciaux.

Un phénomène très curieux est la propriété qu'ont les muscles de se contracter lorsqu'on détermine soit sur eux, soit sur leurs tendons, soit enfin sur les troncs nerveux qui les animent, une excitation mécanique plus ou moins forte. Cette propriété correspond à ce que M. Charcot a décrit le premier, chez les hystériques hypnotiques, sous le nom d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Pour les provoquer, il suffit de malaxer profondément les masses musculaires pour voir aussitôt celles-ci entrer en contraction permanente. On arrive au même résultat en frappant avec un percuteur quelconque les tendons superficiels : aussitôt les muscles correspondants se contracturent. Enfin, en comprimant fortement avec un doigt ou un objet dur un tronc nerveux saisissable, on provoque également des contractions musculaires dans la sphère d'innervation de ce nerf.

Si, par exemple, on malaxe le muscle biceps, l'avant-bras se mettra dans une flexion permanente sur le bras ; si l'on excite les muscles antérieurs de l'avant-bras, les doigts se fléchiront en griffe et la main se fléchira sur le poignet. Si l'on percute les tendons fléchisseurs, très apparents au niveau de la partie antérieure du poignet, on aura le même résultat.

Si l'on comprime fortement avec un doigt, dans la gouttière rétro-épitrochléenne (à la face interne et postérieure du coude), le nerf cubital qui y passe, on verra la main se contracturer en dedans, dans l'adduction, en même temps que se fléchiront les deux derniers doigts (annulaire et petit doigt) : ce phénomène, qui est le résultat de la contraction des muscles innervés par le nerf cubital, écarte, par sa précision anatomique même, tout soupçon de supercherie.

Ces contractions peuvent être également provoquées par un autre procédé, quoique rentrant toujours dans ces mêmes cas d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Si, par exemple, on relève brusquement le bras, celui-ci restera contracturé, en faisant un angle droit avec le tronc ; en répétant cette opération du côté opposé, le sujet sera dans l'attitude du crucifiement. Si l'on fléchit brusquement l'avant-bras sur le bras, le membre restera en contracture dans cette situation de flexion. En un mot, une position quelconque d'un membre, provoquée par un mouvement brusque, sera aussitôt fixée en contracture permanente.

Les contractions par excitation neuro-musculaire sont permanentes et résistent absolument aux efforts que l'on fait pour les rompre : il faut, pour les réduire, exciter les muscles antagonistes, les extenseurs, par exemple, si la contracture porte sur les fléchisseurs, et *vice versa*, ou simplement faire de petits mouvements de malaxation et de tapotement sur les muscles contracturés ; il est même remarquable de voir la contracture

céder à ces légères excitations, alors que les efforts les plus intenses ne peuvent en venir à bout.

Les contractures par excitation mécanique du muscle, provoquées pendant la léthargie, sont susceptibles du transfert : si l'on met un aimant à côté du membre opposé, non contracturé, on voit au bout d'un temps variable, relativement court, la contracture s'emparer de ce membre et disparaître, au contraire, du côté du membre primitivement atteint. Ce phénomène du transfert ne se rencontre pas dans les contractures par excitation superficielle de la peau, que nous avons signalées dans le somnambulisme.

On fera cesser la léthargie en soufflant sur les yeux. La friction du vertex fera naître le somnambulisme. L'élévation des paupières ramènera la catalepsie.

Suggestions. — Je passe au chapitre des nombreuses suggestions que l'on peut provoquer dans l'état de catalepsie et dans l'état de somnambulisme; quant à la léthargie, il ne saurait en être question, puisque, dans cet état, le sujet est complètement inaccessible au monde extérieur.

Un des modes les plus curieux de la suggestion (1) dans la *catalepsie* est l'influence du geste sur la physionomie : l'attitude que l'on donne au sujet se reflète sur son visage, en suggérant pour ainsi dire d'elle-même au cerveau les sentiments qu'elle représente. Si l'on approche une main du sujet à sa bouche, comme pour le faire envoyer un baiser, on le voit aussitôt sourire; si on le met dans l'attitude de l'extase, sa physionomie prend un air béat, et son regard se dirige en haut. Vient-on à le placer dans une attitude de peur, en mettant ses bras de telle sorte qu'ils semblent repousser quelque chose d'effrayant, on voit son visage se contracter et manifester un sentiment de frayeur; si l'on met un de ses bras dans l'extension, dirigé en avant et le poing fermé, on voit ses sourcils se froncer, sa tête s'incliner légèrement en bas, et sa figure prendre un caractère de haine. On peut multiplier à l'infini les suggestions de cette nature : les attitudes d'orgueil, d'humilité, de prière, etc., seraient également représentées sur le visage du sujet,

Ces attitudes pourront être transférées par l'aimant, les membres du côté droit prenant les différentes attitudes cataleptiques du côté gauche, et inversement.

Les sens, comme nous l'avons dit, sont conservés dans la

---

(1) Nous définirons la *suggestion*, prise dans son sens particulier, une influence produite par une personne étrangère sur le cerveau d'un sujet hypnotisé, cette influence pouvant se faire soit à l'aide de paroles, d'affirmations ou d'injonctions, soit à l'aide d'impressions venant des différents sens, y compris le sens musculaire. Prise dans un sens plus général, la suggestion peut se produire à l'état de veille, sous l'influence d'une simple idée, conçue par les sujets eux-mêmes ou imposée par un tiers, comme nous le verrons plus loin.

catalepsie et peuvent être impressionnés par l'expérimentateur. Si l'on fait osciller un objet quelconque devant les yeux du sujet, aussitôt ceux-ci perdent leur fixité et suivent l'objet en question. La physionomie peut alors réfléchir les impressions perçues à ce moment par le cerveau : si l'objet, en effet, est porté en l'air par l'observateur, il devient l'illusion d'un oiseau qui vole, et le visage du sujet prend une expression riante; dans quelques cas même il essaye de l'atteindre avec ses bras en s'écriant : « Ah ! le bel oiseau ! » Si l'on détermine, au contraire, avec cet objet, des mouvements de reptation, l'illusion de tout à l'heure se change en celle d'un serpent, et la physionomie devient effrayée, en même temps que le sujet peut s'écrier : « Ah ! la vilaine bête ! » et chercher à fuir.

Si l'on impressionne l'oreille par des sons quelconques (musique, grincements, etc.), le visage reflétera, comme toujours, les sensations que le cerveau éprouve.

Aussitôt que ces excitations cessent, le sujet redevient cataleptique, son regard reprend sa fixité habituelle.

L'état cataleptique représente le type le plus parfait de l'automatisme, qui n'est, en définitive, qu'une des variétés de la suggestion s'opérant par l'intermédiaire du sens musculaire.

Si l'on détermine chez le sujet, pendant quelques secondes, des mouvements rythmés quelconques (action de battre des mains, de tourner les poings l'un autour de l'autre, d'élever et d'abaisser alternativement le bras, etc.), et qu'on l'abandonne ensuite à lui-même, ces différents mouvements seront continués indéfiniment, d'une façon automatique.

Si l'on fixe les yeux du sujet et qu'on se retire en arrière, il n'est pas rare de le voir s'attacher aux yeux de l'expérimentateur et le suivre partout où celui-ci se dirige; en faisant, avec les mains, le geste de le repousser, on le verrait marcher à reculons. Dans ces derniers cas, ainsi que dans bien d'autres analogues, que l'on pourrait multiplier, il s'agit de suggestions muettes se faisant spontanément sur un cerveau en état cataleptique, par l'intermédiaire du geste.

Une autre variété de suggestions spontanées est constituée par l'automatisme d'imitation : celui-ci est tellement parfait que le sujet répète automatiquement, comme par une véritable action réflexe, tout ce que l'expérimentateur fait devant lui. On peut faire un pied de nez, tirer la langue, envoyer un baiser, lever un bras, etc., tous ces différents mouvements seront ponctuellement exécutés par le sujet, sans qu'il soit besoin de lui adresser une seule parole. Aussitôt que le mouvement est terminé, les membres reviennent d'eux-mêmes dans l'attitude cataleptique qu'ils occupaient antérieurement.

Si l'on frappe des mains, si l'on siffle, quand bien même ces actions s'exécuteraient derrière le sujet, celui-ci en fait autant. On peut lui faire répéter des paroles quelconques, des phrases

d'anglais, d'allemand; mais celles-ci seront dites par le sujet comme il les entend, c'est-à-dire avec peu de netteté, à moins toutefois que l'on n'ait affaire à un lettré qui comprenne la langue étrangère dont on se sert.

La mémoire peut également être le siège d'un automatisme fort curieux. Vient-on à mettre entre les mains du sujet un objet dont il connaisse préalablement l'usage, aussitôt il accomplira une série d'actions en rapport avec l'usage de cet objet. Si, par exemple on lui donne un verre dans une main, il le portera à sa bouche; si on lui donne un couteau et un morceau de pain, il coupera le pain avec le couteau; si on lui donne un chapeau, il s'en couvrira la tête; une boîte d'allumettes, il en prendra une et l'allumera; son ouvrage, crochet ou tapisserie, il y travaillera avec la plus grande facilité et même avec plus de vitesse qu'à l'état de veille. On peut multiplier ces expériences à l'infini, le résultat sera toujours le même, à la condition, toutefois, comme nous l'avons dit, que le sujet connaisse l'usage de l'objet qu'on lui met entre les mains : on comprend, en effet, que, dans ces cas, il se fasse une sorte de suggestion spontanée agissant sur la mémoire et le souvenir, ce qui ne saurait avoir lieu si l'usage des objets en question était préalablement ignoré de l'hypnotisé.

Lorsque l'expérimenlateur fait cesser cette suggestion en retirant l'objet des mains du sujet, celui-ci revient aussitôt à l'attitude cataleptique qu'il avait auparavant; il y revient également de lui-même, après avoir accompli l'acte suggéré.

Pendant le *somnambulisme*, on peut provoquer un grand nombre de suggestions, et des plus intéressantes.

Un premier ordre est constitué par les illusions et les hallucicinations de toute sorte que l'on peut produire sur les sens spéciaux. A la volonté de l'observateur et sur sa simple affirmation, chaque objet pourra devenir, chez le sujet, le point de départ d'une fausse appréciation. On lui fera croire que les assistants sont des arbres, et on l'y fera grimper; qu'un tapis est un bassin, et il voudra s'y baigner; on lui donnera un morceau de bois pour une cigarette, une feuille de papier pour un portrait; on changera les visages des personnes en les faisant passer pour d'autres, etc. On fera respirer de l'ammoniaque pour un parfum quelconque, fait d'autant plus remarquable que l'hyperesthésie des sens est, comme nous l'avons vu, un des caractères du somnambulisme, et qu'elle se trouve ainsi momentanément détruite par l'effet de la suggestion. On pourra de même produire une illusion du goût, donner à un morceau de sucre une saveur amère, à de l'eau simple un goût de vinaigre, à du sulfate de quinine une saveur sucrée.

Les hallucinations des sens ne sont pas moins faciles à provoquer. On reproduira devant le sujet des images hallucinatoires de ses parents ou de personnes qu'il connaît, en lui affirmant

simplement qu'il les a devant les yeux. On lui donnera des objets imaginaires, fleurs, aliments, boissons, etc., qu'il sentira, mangera ou ingurgitera, en manifestant des réactions en rapport avec les soi-disant impressions perçues ; c'est ainsi qu'en lui persuadant qu'il prise du tabac, on le verra éternuer plusieurs fois ; en lui faisant avaler quelques verres d'eau-de-vie imaginaires, on le vera tituber comme une personne ivre.

On peut provoquer des hallucinations différentes de chaque côté : pendant qu'on fera voir une fleur à un œil, on pourra faire voir un oiseau à l'autre ; pendant qu'une narine sentira une odeur agréable, l'autre aura l'impression d'une odeur fétide, etc. C'est ainsi que, chez certains sujets, chaque hémisphère cérébral pourra être simultanément impressionné d'une façon absolument opposée, et manifester des réactions en rapport avec ces impressions premières : on provoquera, par exemple, devant l'œil droit du sujet l'hallucination d'une personne amie à laquelle on fera envoyer un baiser, tandis que du côté gauche on lui présentera un personnage antipathique qui suscitera un sentiment de répulsion sur la moitié correspondante du visage.

Il est très facile, par la suggestion, de provoquer une cécité unilatérale ou complète ; de persuader au sujet qu'il est seul, alors qu'un grand nombre de personnes l'entourent. On peut le rendre muet, sourd, le priver de l'odorat : il suffit, pour cela, de lui affirmer qu'il ne peut plus ni entendre, ni parler, ni sentir.

Du côté de la sensibilité cutanée, ainsi que du côté de la motricité, on provoquera des suggestions fort intéressantes. Nous savons, en effet, que la sensibilité des téguments disparaît généralement dans le somnambulisme : or, on peut, par la simple affirmation, détruire cette anesthésie et déterminer sur la peau, à volonté, des sensations de froid et de chaleur. Dit-on au somnambule que l'on est dans une mer de glace, on le voit aussitôt grelotter : le transporte-t-on, au contraire, sous les tropiques, on le fait immédiatement transpirer de chaleur (1).

On paralysera un membre en disant au sujet que son bras ou sa jambe sont inertes et ne peuvent plus être remués ; on déterminera, au contraire, une contracture en lui affirmant que ces mêmes membres sont raides et ne peuvent plus se détendre.

La suggestion peut porter sur les organes splanchniques : en donnant un prétendu vomitif, on amènera des nausées ; en donnant une pilule soi-disant purgative, on déterminera des envies d'aller à la garde robe ; nous avons pu également, par l'affirmation, provoquer des envies d'uriner. En disant au sujet qu'on

---

(1) Notons que ces expressions ne sont pas prises au figuré, car il se produit de véritables troubles vaso-moteurs qui, dans ce dernier cas, amènent une sudation très nette de la peau.

lui fait une saignée, on le verra pâlir, et dans quelques cas même, nous avons eu des menaces de syncope.

Enfin, rien n'est plus facile que de provoquer le réveil par la suggestion, c'est-à-dire par la simple affirmation.

Le fait le plus curieux à noter, et qui constitue à la fois l'intérêt et le danger de l'hypnotisme, c'est que, si l'on a soin de commander au sujet, avec une certaine autorité, qu'une suggestion donnée pendant le somnambulisme persistera à l'état de veille, ou bien se créera d'emblée après le réveil, cet ordre sera accompli avec une précision presque constante. De plus, dans tous les cas, l'auteur de la suggestion restera absolument ignoré du sujet.

Par conséquent toutes les illusions, les hallucinations des différents sens, les paralysies suggestives, l'amnésie, les suggestions d'actes impulsifs, etc., pourront persister ou se développer après le réveil, et souvent à des échéances très longues. On a cité des cas où des ordres suggérés avaient été accomplis plus d'un mois après l'état somnambulique. La passivité, dans ces cas, est telle, que l'on peut faire exécuter des actions complètement en désaccord avec les idées et la moralité du sujet : à certaines somnambules nous aurions fait battre leur mère ; à d'autres, tres religieuses, nous aurions fait briser des statuettes de vierge ; certaine, sur notre ordre, a souffleté, à plusieurs jours de distance, une personne que je lui avais indiquée, et qui, je le dis tout de suite, avait bien voulu se prêter à l'expérience.

De la même façon, on pourra faire perdre après le réveil, la notion de l'individualité, transformer en chien ou en tout autre animal. Je me rappelle un sujet qui, transformé en oiseau après le réveil, voulait absolument se jeter par la fenêtre pour prendre son vol. Un autre, changé en chien, aboya, à l'état de veille, pendant plus d'une demi-heure.

On pourra faire porter la suggestion sur les sentiments affectifs, faire détester, par exemple, une personne amie, ou au contraire, faire aimer une personne détestée. Quand j'étais interne à la Salpétrière, j'ordonnai un jour à une jeune infirmière hypnotique d'aimer, lorsqu'elle serait réveillée, le garçon de la salle des morts, auquel, dans tout hôpital, s'attachait un prestige qui tenait assurément plus de la répulsion que du charme. Aussitôt réveillée, la jeune fille se met à pleurer, refusant absolument de nous dire la cause de ses larmes. Pressée de questions, elle finit enfin par nous avouer qu'elle est attirée par une force qui la domine, vers le garçon d'amphithéâtre, qu'elle trouve cependant « sale et dégoûtant » (ce sont ses propres expressions). Je m'empressai de l'hypnotiser de nouveau et de laver à grande eau, par une suggestion négative, cette impulsion irrésistible si anormale.

On peut, par simple suggestion, faire persister à l'état de veille, un temps plus ou moins long, soit des anesthésies par-

tielles, soit des paralysies complètes d'un ou de plusieurs membres. MM. P. Richer et Gilles de la Tourette, qui ont étudié les symptômes cliniques de ces paralysies par suggestion, leur assignent, entre autres phénomènes, une exagération considérable des réflexes tendineux, la trépidation spinale, l'abolition du sens musculaire (le sujet étant incapable de trouver avec sa main droite libre le bras gauche paralysé), troubles vaso-moteurs tels que sensation subjective et objective de froid, et zone de rougeur diffuse autour de la plus légère piqûre d'épingle. Au bout de quelques minutes, la paralysie s'accompagne d'un abaissement très notable de la température, symptôme qui, à lui seul, enlève tout soupçon de supercherie.

Il serait très long d'énumérer toutes les variétés de suggestion post-hypnotique que l'on peut faire éclore spontanément après le réveil. J'en ai cité un grand nombre dans mon ouvrage sur le « Magnétisme animal » (1), et tout à l'heure j'en produirai devant vous quelques unes sur le sujet, qui suffiront pour vous montrer la réalité de ces curieux phénomènes.

J'ajouterai que, chez certains sujets très entraînés par de nombreuses hypnotisations antérieures, il est possible de produire certaines suggestions à l'état de veille, sans les endormir.

Petit Hypnotisme. — Sous le nom de petit hypnotisme, nous comprendrons toute une série d'états nerveux encore mal classés et mal définis. Un caractère commun, cependant, les unit : c'est l'absence d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, ce caractère si net qui ne manque jamais dans le grand hypnotisme, ainsi que je vous l'ai montré tout à l'heure.

Ce sont les états de petit hypnotisme que provoquent surtout les expérimentateurs de l'Ecole de Nancy, à l'aide de la suggestion. Ce sont également ces états que déterminent le plus souvent les magnétiseurs de profession, comme les Donato et les Hansen.

De même que pour le grand hypnotisme, nous considérons comme de vrais névropathes les sujets qui sont passibles de ces états. Du reste, il suffit d'un entraînement progressif et d'une série d'hypnotisations pratiquées dans un sens déterminé pour voir se développer, dans le plus grand nombre des cas, les trois états caractéristiques du grand hypnotisme (catalepsie, somnambulisme, léthargie) chez les individus ne présentant au début que les réactions nerveuses du petit hypnotisme.

On peut donc dire que cette dernière série n'est qu'une sorte d'embryon de la première, et si l'on voulait tenter une description pour mettre de l'ordre dans les idées, on pourrait reconnaître trois formes principales d'état, qui ont quelques ressemblances éloignées avec les trois états classiques que nous avons signalés plus haut.

---

(1). *Le Magnétisme animal. Etude critique et expérimentale sur l'hypnotisme.* 3me édition, 1888. Plon et Nourrit édit.

L'*état de fascination;* dont M. le Dr Brémond a donné une bonne description, et que l'on obtient par la fixation brusque du regard. Dans cet état, le sujet est rivé à son hypnotiseur, présente une aptitude remarquable à imiter tous les actes de celui-ci; on peut lui suggérer par les gestes des hallucinations; enfin le souvenir reste complet au réveil.

L'*état de charme* ou d'*hypotaxie* est un second état qui se rapproche surtout du somnambulisme. Comme dans l'état de fascination, le sujet appartient à son hypnotiseur. L'automatisme est complet, et souvent on constate la perte du souvenir au réveil. On peut produire des contractions ou des attitudes cataleptiques par voie de suggestion, phénomènes qui n'ont aucune parenté avec ceux du grand hypnotisme.

Enfin, comme troisième état, citons la *léthargie lucide*, caractérisée par l'impossibilité où se trouve le sujet de réagir physiquement, par suite de la résolution musculaire dans laquelle il est plongé, alors que l'intelligence est suffisamment conservée pour que le souvenir persiste au sortir de cet état

Je n'irai pas plus loin dans l'étude de ces états si mal définis et si mal classés, vu l'absence de caractères somatiques, indispensables en l'espèce pour établir une bonne classification,

Hypnotisme au point de vue médico-légal. — Quand on voit l'individu soumis au sommeil nerveux devenir, soit pendant le somnambulisme, soit dans l'état de veille, un instrument de crime d'une précision d'autant plus effrayante que l'auteur qui l'a provoqué est constamment oublié, on ne peut s'empêcher de songer que tous les simulacres de crimes expérimentaux, reproduits dans un but scientifique, pourraient être effectués d'une façon véritable dans un but criminel. On pourrait ainsi, à des échéances plus ou moins longues, faire accomplir des assassinats, des vols, faire signer des billets, exiger de faux témoignages, des donations, etc.

Cependant, il ne faudrait pas exagérer le danger; car, en dehors des expériences de laboratoire, il faut mettre en principe que, pour qu'un criminel qui se sert de l'hypnotisme soit assuré de l'impunité, il ne faut pas qu'il ait trop souvent hypnotisé son sujet. Aujourd'hui, surtout, que l'attention est attirée sur ce point, certaines plaintes, certaines accusations formulées un peu trop haut par les somnambules, et présentant un caractère insolite, pourraient bien faire inquiéter immédiatement ceux qui se livrent à l'hypnotisation dans un tout autre but que celui de la science. Les auteurs de suggestions criminelles pourront toujours être découverts par une enquête bien conduite, ainsi que le démontre parfaitement M. Gilles de la Tourette, dans un livre fort intéressant sur la matière (1).

---

(1) L'hypnotisme au point de vue médico-légal, 1888, 2e édit. Plon et Nourrit, édit.

Le seul et véritable crime inhérent à l'hypnotisme est le viol pendant l'état léthargique, attentat qui a été perpétré quelquefois, et je ne vous citerai que pour mémoire l'affaire Lévy, qui a eu un si grand retentissement il y a quelques années.

Hypnotisme au point de vue thérapeutique. — Les applications de l'hypnotisme à l'art de guérir sont celles qui ont le plus attiré l'attention des médecins. Ce mouvement thérapeutique, développé depuis trois ou quatre ans sous l'influence de l'école de Nancy, a donné naissance à un grand nombre de publications qu'il serait trop long d'énumérer. Je vous citerai seulement les principales observations.

Les docteurs A. Voisin, Ségalas, Lombroso, J. Voisin, Dufour citent des cas d'amélioration et de guérison d'aliénés par la suggestion hypnotique. Les aliénés hystériques sont plus aptes à être traités par l'hypnotisme ; cependant on a pu réussir chez des épileptiques (A. Voisin), des buveurs et des dipsomanes (Ladame). On a également publié des cas d'onanisme, de lypémanie puerpérale, de délire alcoolique, de morphinomanie, guéris par l'hypnotisme. On cite aussi des guérisons d'idées délirantes, de mélancolie avec conscience.

La migraine, les habitudes vicieuses chez les enfants, des troubles choréiques, des insomnies persistantes, des tics nerveux, les frayeurs nocturnes, l'incontinence d'urine, ont pu être favorablement influencés par cette méthode.

M. Dumontpallier a signalé des cas d'hémorrhagies supplémentaires par suggestion. M. Bernheim a cité un cas de régularisation des règles par le même procédé ; M. A. Voisin, trois cas d'aménorrhée modifiés par ce moyen.

M. Ramey a vu un cas de rétrécissement spasmodique du canal de l'uréthre traité sans succès par l'uréthrotomie interne et guéri par la suggestion hypnotique.

Plusieurs médecins ont essayé de créer, à l'aide de la suggestion hypnotique, une sorte d'orthopédie morale, en appliquant cette méthode à la pédagogie. Ces médecins, parmi lesquels nous citerons MM. Liébeault, A. Voisin, Edg. Bérillon, auraient pu modifier le caractère de certains enfants vicieux, impulsifs, récalcitrants, incapables de la moindre attention et de la moindre application, manifestant un penchant irrésistible vers les mauvais instincts.

Les accidents hystériques sont, de toutes les affections nerveuses, celles qui sont le plus facilement influencées par l'hypnotisme. Les observations abondent de paraplégie, d'hémiplégie, de contractures diverses, d'aphonie, de mutisme, de surdité, de vaginisme, d'ovaralgie, de vomissements, etc., d'ordre hystérique, modifiés ou guéris par la suggestion post-hypnotique. Par le même procédé, on a pu influencer dans leur nombre et dans leur intensité, des crises convulsives de grande hystérie. Dans une observation rapportée par M. Burot, ce médecin a pu

donner des suggestions par correspondance : il écrivait une lettre à sa malade par laquelle il lui ordonnait de se faire dormir elle-même (auto-suggestion) pour aller à la selle.

Il est très difficile d'arrêter par l'hypnotisation une attaque d'hystérie. Mais lorsque celle-ci est en imminence, ou bien lorsqu'elle est à la période de déclin, à la période de délire hystérique, on provoque très facilement la somniation, et en plongeant le sujet en léthargie ou en somnambulisme, on arrête ainsi une phase souvent fort longue de la grande attaque.

En 1829, on utilisa pour la première fois l'anesthésie qui accompagne habituellement l'état hypnotique pour pratiquer des opérations chirurgicales. Jules Cloquet fit ainsi l'amputation du sein sans aucune douleur ; Loysel, de Cherbourg, en 1845, amputa une jambe et extirpa des ganglions malades ; Fauton, Voswel et Joly, de Londres, amputerent deux cuisses et un bras, en 1847, Ribaud et Kiaro, de Poitiers, extirpèrent une tumeur du maxillaire. Broca et Follin, Guérineau, Velpeau, Préterre, Demarquay et d'autres chirurgiens ont égalment mis à profit, avec succès, l'anesthésie hypnotique pour diverses opérations chirurgicales.

D'après le docteur Esdaille, de Calcutta, cette forme d'anesthésie serait employée sur une vaste échelle dans l'Inde, par suite de la grande facilité avec laquelle la race hindoue peut être hypnotisée.

Lafontaine a observé deux cas d'accouchements pratiqués sans douleur pendant le sommeil nerveux. Mais je ne crois pas qu'il faille se faire d'illusions trop grandes au point de vue des services que peut rendre l'hypnotisme pendant l'accouchement. En effet, dans plusieurs cas rapportés par Féré et Budin, Porak, Dumontpallier, c'est à peine si l'hypnose triompha des petites douleurs. Il résulte, du reste, des observations de MM. Auvard et Secheyron que le sommeil est difficile à obtenir lorsque le travail est commencé.

Dans plusieurs cas, on a pu pratiquer diverses opérations sur les dents pendant le sommeil hypnotique. Dans le journal de médecine de Lucas-Championnière (janvier 1837), on trouve une curieuse observation de MM. Hamard et Oudet, dans laquelle l'anesthésie somnambulique fut mise à profit pour l'avulsion d'une grosse molaire,

Vous trouverez également, dans le numéro de l'*Odontologie* de juillet 1888, une communication fort intéressante de M. Godon, sur plusieurs cas de ce genre : chez une des malades en question, la pulpe et les rameaux vasculo-nerveux d'une petite molaire purent être extraits sans douleur. MM. Pannetet, Hugenschmid et d'autres ont relaté des faits analogues.

Malheureusement, l'anesthésie hynoptique, sur laquelle on pouvait *à priori* fonder quelque espoir au point de vue chirurgical, n'a pas répondu à ce qu'on attendait d'elle, et a dû être

abandonnée en principe, car elle ne saurait donner des résultats aussi constants que la chloroformisation ou l'éthérisation : outre que l'insensibilité hypnotique, pour être habituelle, n'est pas constante, il faut de plus (et c'est la condition capitale) que l'opéré soit hypnotisable; enfin, même chez un sujet hypnotisable, l'émotion causée par la crainte d'une opération peut suffire pour faire échouer toute tentative d'hypnose.

A moins que l'on n'ait affaire à une hypnotique confirmée, facilement hypnotisable ou déjà hypnotisée antérieurement, ma conclusion est qu'il faudra s'abstenir de pratiquer des tentatives d'hypnotisation soit pour rechercher l'anesthésie chirurgicale, soit dans tout autre but curatif.

En effet, à côté des bienfaits apparents que l'on peut retirer de la pratique de l'hypnotisme, il existe des *dangers*, et des plus graves.

Je vous ferai tout d'abord remarquer que les nombreuses observations de cures par la suggestion hypnotique que je vous ai signalées, ont créé autour de cette question une agitation plus factice que réelle. On n'a signalé que les succès obtenus, mais on a volontiers passé sous silence les nombreuses tentatives qui ont échoué ; de plus, parmi les guérisons ou les améliorations observées, le plus grand nombre n'ont été que temporaires.

Or, à côté de ces bénéfices aléatoires et passagers, énumérons les nombreux méfaits que l'on peut mettre à l'actif de la méthode hypnotique, pratiquée d'une façon inconsidérée ouextra-scientifique.

Combien de cerveaux ont été profondément désorganisés par ces manœuvres ! Les exemples n'ont pas manqué, lors des représentations de Hansen, de Donato, dans les diverses villes de France et de l'étranger. J'ai eu, pour ma part, à donner mes soins à plusieurs victimes de ces « magnétiseurs » ambulants, chez lesquelles s'étaient développées des affections nerveuses à la suite des hypnotisations auxquelles elles avaient été soumises. M. Voisin a également constaté qu'un grand nombre des sujets soumis aux expériences tombaient dans un état de cachexie profonde.

Charpignon a cité un cas de suicide pendant le somnambulisme provoqué. Le professeur Pitres, de Bordeaux, a relaté également une tentative de suicide pendant le sommeil hypnotique chez un sujet qui avait servi aux expériences de Donato. Andrieu a vu dans les mêmes circonstances éclater des accidents d'épilepsie. Briant a constaté un cas de délire mélancolique consécutif à des manœuvres d'hypnotisme

Tous ces faits ne prouvent-ils pas qu il importe de réglementer la mise en œuvre de l'hypnotisme, comme on a réglementé la vente des médicaments dangereux, et d'interdire complètement, comme on l'a fait en Autriche, en Italie, en Suisse, et tout récemment à Bordeaux, les représentations théâtrales des magné-

tiseurs, les séances publiques des sociétés de magnétisme, qui favorisent singulièrement le développement de tant d'accidents nerveux.

De tous ces accidents nerveux, ce sont surtout ceux de l'hystérie qui sont le plus sollicités par les tentatives d'hypnose. MM. Charcot, Richet, Damaschino, Brouardel et de la Tourette en ont relaté des cas innombrables; il suffit, du reste, d'analyser avec soin les documents de Mesmer, Du Potet, Puységur, pour constater la quantité d'accidents hystériques que ces magnétiseurs ont développés. L'hypnotisme est, en effet, un agent tellement perturbateur du système nerveux, qu'il peut, sinon créer de toutes pièces, tout au moins révéler et faire éclater la névrose hystérique chez des sujets prédisposés par leur constitution héréditaire ou pathologique.

Vous voyez déjà, sans que j'y insiste davantage, la surprise désagréable qu'éprouvera un expérimentateur qui, croyant avoir développé chez un sujet, (ainsi que le cas s'est montré maintes fois), un état classique de catalepsie, s'apercevra bientôt, dans l'impossibilité où il se trouvera de réveiller son malade, qu'il n'a créé autre chose qu'un état de contracture généralisée; de fausse catalepsie, c'est-à-dire une véritable attaque d'hystérie à forme tétanique. Ce sujet, qui était bien portant en entrant dans le cabinet de l'expérimentateur, ne sera plus, en sortant de là, qu'un malade pour longtemps, peut être pour toujours.

En conséquence, les avantages problématiques que l'on peut retirer de cette méthode, dans un but thérapeutique, ne compensent pas dans une mesure suffisante les dangers qu'elle présente. Je ferai toutefois une exception : c'est lorsqu'on se trouvera en présence d'une hystérique confirmée, et notamment dans la forme convulsive de l'hystérie. Là, on ne risquera pas de créer la névrose, puisqu'elle se présente à vous de toutes pièces. Alors, dans cette affection, quand il s'agira d'en combattre les accidents et les complications (attaque, contracture, paralysie, mutisme, etc.,) on sera autorisé à employer la méthode hypnotique, sous forme soit d'hypnose immédiate, soit de suggestion post hypnotique suivant les circonstances, et on obtiendra souvent d'excellents résultats; dans tous les cas, on n'en occasionnera jamais de mauvais.

En ce qui concerne votre art spécial, Messieurs, je ne saurais trop vous recommander d'être circonspects. Ainsi que je viens de vous le montrer, l'hypnotisme est le meilleur agent provocateur de l'hystérie chez des sujets prédisposés, et ne vaut-il pas mieux, pour le patient, supporter une douleur passagère, si vive qu'elle soit, comme celle qui résulte des opérations que vous êtes appelés à pratiquer, que de risquer l'apparition de phénomènes convulsifs, sans compter les complications qui les accompagnent. Ces considérations ont d'autant plus de poids, il me semble, que vous possédez maintenant des moyens d'anesthésie

qui vous rendent tous les jours les plus grands services, comme le protoxyde d'azote et la cocaïne, pour ne citer que les principaux.

Le seul cas où vous seriez peut-être en droit de recourir aux manœuvres hypnotiques pour provoquer l'anesthésie chirurgicale, c'est lorsque vous vous trouvez en presence d'une hystérique confirmée, chez laquelle les manifestations de l'hypnotisme sont une chose courante. Mais, même dans ce cas particulier, faites-vous assister d'un médecin. N'oubliez pas que la pratique de l'hypnotisme appartient complètement à l'art de la médecine, et en agissant ainsi, vous sauvegarderez votre responsabilité et vous vous mettrez à l'abri d'accusations défavorables à vos intérêts professionnels.

Vous appartenez, Messieurs, à un corps des plus honorables et des plus honorés, qui rend tous les jours les plus grands services, mais dont les attributions doivent rester parfaitement nettes et absolument tranchées. Si vous voulez demeurer libres, indépendants, à l'abri de toutes les attaques, soit de la part du public, soit de la part du monde médical, ne risquez donc pas, par l'emploi de pratiques dangereuses et encore si mal interprétées, et qui ne doivent pas sortir du domaine médical, de porter à votre profession une atteinte grave, qui retentirait, croyez-le bien, sur la corporation tout entière.

En plus des faits d'hypnotisme déjà mentionnés devant la Société d'Odontologie de Paris (voir Odontologie, pages 131, 309, 313) *nous ajouterons la curieuse observation suivante. Elle tire son principal intérêt de la date où elle fut relevée : 1837. A cette époque on ne connaissait pas les conditions du sommeil artificiel et pourtant il fut mis à contribution ainsi qu'on va le voir. Nous devons la connaissance de ce fait historique à notre distingué confrère, M. Papot.*

P. D.

Observation curieuse d'extraction d'une dent pendant un sommeil magnétique.

Ayant entendu parler d'un fait fort curieux de magnétisme animal observé par deux honorables médecins de Paris, nous avons obtenu de l'obligeance de l'un d'eux, notre excellent confrère et ami le docteur Oudet, les détails suivants, bien propres à piquer la curiosité de nos lecteurs. L'observation que l'on va lire a été rédigée par M. le docteur Hamard, médecin ordinaire de la malade.

« Mme B... a 25 ans et un caractère très impressionnable, elle appréhende vivement la moindre douleur, et souffre de l'action de causes à peine appréciables pour d'autres : c'est ainsi qu'elle ne

peut pas entendre craquer les doigts de quelqu'un sans éprouver des palpitations et une sorte de défaillance.

« Plusieurs fois j'avais produit en elle le somnambulisme et constaté son insensibilité dans cet état, quand le 6 septembre dernier elle se plaignit à moi d'un mal de dents qui, disait-elle, la torturait depuis quelques jours. L'extraction de la dent malade était l'unique remède à ses souffrances; mais l'idée d'une opération la tourmentait au point qu'elle en éprouvait presque les convulsions. Je la conduisis à M. le docteur Oudet, qui, étant prévenu de l'état particulier de cette dame, la rassura sur la nécessité qu'elle redoutait, et je convins secrètement avec mon estimable confrère qu'il la trouverait chez moi en somnambulisme.

« Le 14 novembre, à l'heure indiquée, M. Oudet la vit paisiblement assise dans un fauteuil, et livrée depuis une heure au sommeil magnétique. Pour explorer la sensibilité, je la piquai fortement et à plusieurs reprises avec une épingle ; je lui plongeai un doigt pendant quelques secondes dans la flamme d'une chandelle; elle ne donna absolument aucun signe de douleur. Durant ces épreuves, Mme B... répondait à mes questions avec l'indolence ordinaire à son état. M. Oudet déplia sa trousse Le cliquetis de ses instruments ne parut causer aucune sensation; ma somnambule se croyait seule avec moi. Je la priai de me laisser voir sa dent malade (c'était une grosse molaire). Elle ouvrit la bouche sans défiance en disant : « Elle ne me fait plus mal. » M. Oudet plaça son instrument. Au moment de l'avulsion, la tête sembla fuir un peu la main de l'opérateur, et nous entendîmes un léger cri. Ces deux signes de douleur eurent la rapidité de l'éclair. Le pouls de la patiente était calme, son visage n'indiquait pas la moindre émotion; ses mains étaient demeurées immobiles sur ses genoux. Je me hâtai de lui adresser cette question : « Avez-vous souffert? » Elle répondit tranquillement : « Pourquoi souffrir? » elle ignorait ce qu'on venait de faire Je lui offris un verre d'eau en l'engageant à se laver la bouche. Elle ne comprit pas ma recommandation, ne but ni ne cracha.

« Pendant une demi-heure que je prolongeai encore son sommeil, je la fis beaucoup parler, mais je ne pus découvrir en elle aucune marque de douleur. Eveillée, elle ne se douta de rien, et ne se plaignit point d'abord. Vingt minutes après, elle porta la main à sa joue en disant : « Voilà ma dent qui va recommencer à me tourmenter. » Je lui appris enfin, à sa grande satisfaction, ce que j'avais fait pour lui épargner des terreurs et de la souffrance. »

Tel est le fait sur lequel nous désirions avoir des renseignements précis, et que nous livrons à nos lecteurs sans vouloir en exagérer les conséquences. Il sera nécessairement rapproché de cette observation communiquée, il y a plusieurs années, par M. J. Cloquet à l'Académie et dans laquelle l'extirpation d'un sein cancéreux fut pratiquée chez une femme plongée dans un sommeil magnétique, sans qu'elle parût avoir conscience de la douleur que devait déterminer cette cruelle opération ; mais, si l'on s'en rapporte à l'opinion manifestée sur ce point par M. le docteur Oudet, qu'un long exercice de la chirurgie dentaire a familiarisé avec toutes les opérations qui se pratiquent dans la bouche, il importe peu que la malade ait peu ou point souffert.

La douleur que détermine l'avulsion d'une dent, quelque vive qu'elle soit, ne réagit pas d'une manière fâcheuse sur l'économie, en

sorte que le chirurgien n'aurait presque pas à s'en occuper, si la crainte qu'elle inspire aux malades ne produisait souvent un résultat beaucoup plus funeste.

Rien n'est plus commun, en effet, que de rencontrer des individus pusillanimes, des femmes surtout, dont le système nerveux est si facile à émouvoir, qui souffrent des douleurs aiguës déterminées par la carie d'une dent pendant des semaines, des mois, des années, qui préfèrent se soumettre à toutes les conséquences de ces douleurs, qui s'exposent enfin à des accidents fort graves, plutôt que de recourir à l'opération qui seule pourrait les affranchir. C'est donc plutôt en permettant de pratiquer une opération utile, sans qu'il soit besoin d'y déterminer les malades, qu'en leur épargnant une douleur momentanée, que le magnétisme animal pourrait venir au secours de la médecine; et on devrait d'autant plus espérer avoir des fréquentes occasions d'en faire une heureuse application, que les sujets qui reculent ainsi, à leur grand préjudice, devant une opération nécessaire, sont en général doués de cette mobilité nerveuse qui facilite le sommeil magnétique.

Telle est l'opinion que M. le docteur Oudet nous a exprimée. Ce médecin se propose de chercher toutes les occasions de renouveler la curieuse épreuve dont il vient d'être rendu compte. Nous espérons qu'il voudra bien nous faire part du résultat de ces expériences.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

L'ANNOTATION DENTAIRE UNIVERSELLE

Par M. R. Thioly

Depuis quelques mois, les journaux dentaires de l'étranger s'occupent de la question des abréviations pour la tenue des registres et quelques-uns ont présenté des méthodes qui permettent de simplifier les écritures des cliniques et des dentistes tout en étant claires et précises.

Le journal l'*Odontologie* du mois de mars, page 136, sous la rubrique Inventions et perfectionnements donne également quelques notions sur le même sujet.

Le nº 4 de la *Zahntechnische Reform* exprime le vœu de voir le prochain Congrès dentaire de Paris s'occuper de l'*Annotation internationale.*

Pour ma part, je ne crois pas qu'il soit nécessaire de présenter un mémoire et d'ouvrir une discussion qui pourrait faire perdre un temps précieux; cependant le bureau du Congrès serait bien qualifié, puisque le désir en a été exprimé, pour étudier la question d'une annotation universelle et de présenter le résultat de sa décision sous forme d'un schema typographique qui serait remis à chaque membre adhérent au Congrès. Ce schema pour-

rait également être envoyé à tous les journaux dentaires avec la prière de le reproduire.

Déjà, un grand nombre de dentistes employent journellement certains signes et abréviations dans le but d'économiser de la place dans leur agenda, mais chacun a sa méthode particulière. De nos jours, les progrès de la locomotion rendent les déplacements très faciles ; au moyen de quelques signes couchés sur un feuillet ou carte de visite, un dentiste pourrait noter le travail exécuté, celui restant à faire et, pa rl'emploi de cette sorte d'écriture volapükiste dentaire, son client n'aurait qu'à présenter cette carte à un spécialiste dans n'importe quel pays où il est appelé à se rendre. Ce moyen éviterait bien des questions et des tâtonnements.

Plusieurs propositions ont été faites. Il a été conseillé de désigner :

Les incisives par I, les canines par C, les bicuspides ou prémolaires par P, les molaires par M, et d'indiquer la place et la situation par des chifffres placés à droite ou gauche, en bas ou en haut suivant la position occupée dans la bouche. Ex : ^1I serait l'incisive centrale gauche supérieure, I_1 serait l'incisive centrale droite inférieure. Cette manière de noter a l'avantage de pouvoir désigner en même temps différentes positions d'une même nature de dents, ainsi par : $^1P^1{}_2$, on désignerait la première petite molaire supérieure gauche, la première petite molaire supérieure droite et la seconde petite molaire inférieure droite.

Le journal *Correspondenzblatt für Zahnärtze* propose un autre moyen. Il désigne le maxillaire supérieur par le signe +, le maxillaire inférieur par celui —, les dents étant numérotées depuis la ligne médiane de 1 jusqu'à 8 les chiffres placés à droite ou à gauche des signes + ou —, indiquent les côtés droits ou gauches.

Le maxill supér. gauche 8 à 1 + ; + 1 à 8 le maxill. supér. droit. Le maxill. infér. gauche 8 à 1 — ; — 1 à 8 le maxill, inf. droit par ex. : 7 + indiquerait la seconde grosse molaire supérieure gauche ; — 5 la seconde petite molaire inférieure droite.

A mon avis la méthode la meilleure, la plus courte, la plus précise de noter la dent ou les dents opérées, a été publiée par le Dental Kalender de Breslau.

Les dents sont numérotées de 1 à 8 des deux côtés gauche et droit d'une ligne médiane verticale ; suivant que les numéros correspondant aux dents sont placés au-dessus ou au-de-sous d'une ligne horizontale, les dents seront supérieures ou inférieures.

8.7.6.5.4.3.2.1	1.2.3.4.5.6.7.8
8.7.6.5.4.3.2.1	1.2.3.4.5.6.7.8

Les chiffres 1 désignent les incisives centrales.

»	»	2	»	»	» latérales.
»	»	3	»	»	canines.
»	»	4	»	»	premières prémolaires.
»	»	5	»	»	secondes »
»	»	6	»	»	premières grosses molaires.
»	»	7	»	»	secondes » »
»	»	8	»	»	dents de sagesse.

Des angles ouverts à droite ou à gauche, tournés en bas ou en haut, servent à indiquer la situation de la dent.

Ainsi 6⌋ = la première grosse molaire supérieure droite ⌈4 = la première petite molaire inférieure gauche.

Pour désigner les travaux ou opérations, diverses abréviations sont utiles, mais les signes seront préférés aux initiales ; cependant les mots : nerf, amalgame et gutta-percha étant connus dans presque tous les idiomes, les lettres N. A. G. pourront faire exception (1).

× désignera extraction.
○ = carie superficielle.
⊖ = » profonde.
|| = dent séparée.
N = nerf cautérisé.
C = obturation au ciment.
A = » à l'amalgame.
G = » à la gutta-percha.
= aurification.
∧ = traitement de la dent.
♀ = obturation des canaux de la couronne.
† = dent absente.
P = dent à pivot.
V = dent sur caoutchouc.
∩ = dent plaquée.
-o- = travail restant à faire

Deux exemples feront ressortir les avantages de la méthode.

1 Monsieur Z... ⌊5 = ⌈7 B 8⌋ × se traduira par :

A. Aurification de la seconde petite molaire supérieure du côté gauche.

B. Obturation à l'amalgame de la seconde grosse molaire inférieure du côté gauche.

C. Extraction de la dent de sagesse supérieure du côté droit.

II. Une dame russe porteur d'une carte de visite ainsi libellée :

2 | 1.2 ⊖ 1⌋ 4⌋ # 5⌋ -o- 8⌋ ⌈8 × ⌊3 # 5⌋ ∧ ♀ A
| 3

se rend chez un dentiste de Nice qui lira : L'incisive latérale

(1) Plusieurs de ces symboles sont tirés du diagramme de S. White.

droite supérieure, l'incisive centrale et l'incisive gauche supérieure, de même que la canine gauche inférieure sont obturées avec du ciment ; l'incisive centrale supérieure gauche et la première petite molaire inférieure droite sont aurifiées ; le nerf de la seconde petite molaire supérieure gauche est cautérisé. Il reste à pratiquer l'extraction des dents de sagesse supérieure gauche et inférieure droite ; à aurifier la canine supérieure droite ; à traiter la seconde petite molaire supérieure gauche et à obturer le canal et la couronne avec l'amalgame.

Nous sommes heureux de voir notre collaborateur revenir sur cette question, qui n'est pas sans importance, et qui n'est pas indigne de la réunion internationale de septembre prochain.

Nous avons indiqué notre solution dans la 2e édition de l'*Aide-Mémoire du Chirurgien Dentiste* (voir notation des opérations dentaires, page 33.)

Nous croyons que pour être d'une application générale, une notation doit être aussi simple que possible, afin d'être toujours présente à la mémoire.

A la notation ci-dessus nous préférons la suivante :

	Droite	Gauche
Haut :	16.14.12.10.8.6.4.2	1.3.5.7,9.11.13.15
Bas :	16.14.12.10.8.6.4.2	1.3.5.7.9.11.13.15

Les dents du côté gauche portent les numéros impairs, celles du côté droit les numéros pairs ; celles de la mâchoire inférieure portent les mêmes numéros que leurs analogues à la mâchoire antagoniste, un trait placé au-dessous du chiffre suffit à les distinguer. Cette notation est, à notre avis, plus mnémotechnique que celles du *Dental Kalender*. Par son *Aide* il est très facile de se souvenir des chiffres correspondants aux dents soignées, car la série dentaire est, somme toute, représentée par huit chiffres pairs et huit chiffres impairs, sans addition de signe complémentaire pour la droite et la gauche ; la simple énonciation du chiffre suffit à reconnaître aisément la dent notée.

Le schema est l'essentiel ; le détail des opérations variera, selon le praticien, les enseignements qu'il veut tirer de sa notation, le système de rémunération qu'il a adopté ; mais nous croyons encore qu'on peut faire plus simple que la notation indiquée par notre correspondant.

Quoique les lettres N. C. A. G. aient une signification polyglotte, elles ont le désavantage de ne pouvoir être mises avec les autres signes sur un petit schema : il vaudrait peut-être mieux les remplacer par des signes composés d'une ou deux

lignes. Les notes ||, dents séparées, O, travail restant à faire, nous paraissent superflues.

Quoi qu'il en soit, nous sommes heureux du vœu de la *Zahntechnische Reform* et de la discussion que M. Thioly soulève dans ce journal. Puissent-ils aider à la réalisation de ce progrès de détail ; la science et les praticiens y trouveront avantage.

P. D.

LA CHIRURGIE DENTAIRE DANS L'ARMÉE

Par C. Boissonnet, sous-intendant militaire

(*2e article*)

Pour apprécier l'étendue des obligations que le Gouvernement contracte vis-à-vis des soldats au point de vue de la mise en pratique de la chirurgie dentaire dans l'armée, il faut voir dans quelles conditions les militaires sont recrutés et sous quelles influences les place le service dans les régiments.

1° Conditions du recrutement

Au point de vue des causes qui, du fait des affections des dents et de la bouche, peuvent amener la dispense du service ou infirmer les qualités physiques des jeunes soldats, il faut considérer deux faits : 1° la perte des dents ;

2° Les autres maladies des gencives et de la bouche.

Sous ce rapport les résultats constatés par la statistique médicale signalent une situation qui est bien variable, suivant les différentes régions et qui pour plusieurs d'entre elles est désavantageuse. M. Paul Dubois, directeur-gérant de l'*Odontologie*, a fait des relevés sur 30 classes du recrutement, de 1850 à 80 (1885-86-87), et il établit ainsi que si l'infirmité de la perte des dents sévit peu, par exemple, dans les départements de l'Allier, de l'Ardèche, de l'Ariège, de l'Aveyron, du Cantal, de la Loire, du Morbihan, des Deux-Sèvres, comme en Savoie et dans l'Auvergne, elle fait au contraire de grands ravages dans d'autres départements. Dans ceux-ci, par rapport au nombre des jeunes gens examinés par le conseil de revision, on arrive aux coefficients qui suivent pour caractériser le nombre des réformes imputables à la perte des dents :

Calvados et Lot-et-Garonne..........	0,02
Landes, Indre-et-Loire, Pas-de-Calais.	0,025
Ardennes........................	0.03
Somme...........................	0.035
Gironde.........................	0,04
Basses-Pyrénées.................	0,05
Seine-inférieure et Eure........	0,065

Il y a là une situation tout à fait digne d'intérêt et dont il est d'autant plus facile de se préoccuper qu'aujourd'hui le recrutement étant devenu régional, on voit mieux où doit se porter la sollicitude du gouvernement.

Pour les autres affections de la bouche et des gencives, les résultats sont variables et moins importants. Cependant il faut signaler le département de Seine-et-Marne qui arrive en première ligne avec le rapport de 1,4 pour cent comme cause de réforme devant le conseil de revision.

Les bienfaits de l'art dentaire ne consistent pas seulement à faire l'avulsion de toute dent avariée qui ne saurait plus être qu une cause permanente de souffrance ou à pratiquer quelque légère cautérisation. Il faut prouver aux militaires qu'il existe aujourd'hui toute une science positive qui sait soigner les dents et la bouche, faire toute pratique préventive et conservatrice, soulager les douleurs, ajourner les opérations qui déparent les maxillaires et réparer les ravages des mauvaises dentitions. Il faut amener les populations à renoncer aux préjugés qui, souvent avec raison, les éloignaient autrefois des praticiens sans expérience et sans connaissances techniques; il faut leur prouver qu'il y a aujourd'hui une science particulière avec des méthodes sûres, qu'on possède des appareils perfectionnés et tous les produits d'une science expérimentale. Il faut que tous les militaires soient soumis à un examen d'incorporation médicale en ce qui concerne les soins à donner aux dents et à la bouche, et qu'ils reçoivent de même les soins et de bons conseils dans des visites trimestrielles et au moment de l'appel des jeunes soldats, des réservistes et des hommes de l'armée territoriale. Il faut qu'ils sachent dans quelle situation ils se trouvent au point de vue des secours qu'ils ont à demander immédiatement à l'art dentaire. Il faut que les militaires sachent exactement leur position au point de vue des soins qu'ils doivent avoir de l'état et de la conservation de leur bouche, lorsqu'ils seront rentrés dans la vie privée.

Il se peut que sous ce rapport il y ait encore peu d'opérations à faire pendant les trois années qui, de 21 à 24 ans, sont absorbées par les obligations du service militaire. Mais il faut combattre l'ignorance, l'appréhension et même la défiance qu'inspiraient autrefois les dentistes. Il ne faut plus que dans une société démocratique et avec les progrès de l'instruction, en présence des ravages occasionnés dans tant de régions par de mauvaises dentitions et sous l'influence héréditaire ou endémique des affections de la bouche, les bienfaits de la science restent le partage exclusif des classes riches, et que les classes laborieuses soient privées de ces bienfaits et par l'ignorance et par le petit nombre des praticiens expérimentés qui peuvent leur donner des soins.

ÉCOLES DENTAIRES

Les préjugés ont longtemps exercé un empire inique et cruel. On a vu autrefois des internes de chirurgie dissimuler qu'ils se destinaient à la profession de dentiste et s'offrir, comme par dévouement, pour soigner les affections de la bouche dans les salles des hospices, afin d'avoir un champ d'expérimentation et afin de pouvoir devenir de bons praticiens. S'ils avaient avoué leur but, on les eût renvoyés pour leur substituer de vrais élèves-chirurgiens. Les effets de ce préjugé durent encore. S'il y a à Paris un enseignement odontotechnique complet dans deux sièges distincts, dans deux Sociétés odontologiques, rue Rochechouart, 57, et rue de l'Abbaye, 3, ce résultat précieux est dû à l'initiative privée et ne se poursuit que par le dévouement de praticiens qui veulent relever le niveau scientifique de leur profession et maintenir la France à la hauteur des progrès accomplis dans les autres pays, tels que l'Angleterre et les Etats-Unis. Le résultat obtenu n'en est que plus méritoire : il n'en est peut-être que plus grand, tant il est vrai que le gouvernement ne doit entreprendre et ne doit gérer que ce qui ne saurait être fait par l'initiative privée. Tout ce que l'Etat entreprend devient un monopole, une entreprise lourde, lente, très onéreuse, dépouillée de toute initiative, de tout stimulant et même de tout droit à la recherche des progrès à réaliser. L'inspection et la surveillance sont utiles pour maintenir les institutions, mais elles sont hostiles à tout changement, même très avantageux, parce que le changement indique souvent la supériorité de l'inférieur et l'indépendance de l'esprit, il met en échec l'obéissance absolue, il trouble l'incapacité et compromet la quiétude des belles sinécures.

Dans les administrations de l'Etat, les perfectionnements ne sont réalisables que s'ils proviennent de la tête. Or, celle-ci se préoccupe avant tout de conserver ce qui est et de maintenir tout en ordre.

L'Etat ne saurait intervenir avantageusement que pour aplanir les difficultés financières, c'est-à-dire pour allouer des subventions, comme il le fait pour beaucoup de Sociétés des lettres, des sciences et des arts. Il doit surtout se préoccuper des conditions de parfaite légalité et de justice dans lesquelles les diplômes sont délivrés ; enfin, il protège les populations et les titulaires de ces diplômes ainsi mérités contre les dangers et le préjudice de l'exercice illégal des diverses branches de la médecine. Voilà son rôle.

En donnant de l'extension à la chirurgie dentaire, en la mettant à la disposition de l'armée, on aura vulgarisé les pratiques des soins à donner à la bouche dans les couches profondes de la démocratie. Il faudra des dentistes dans tous les bourgs un peu

importants. Les Ecoles odontologiques deviendront plus importantes et plus nombreuses, et il sera facile à l'Etat de les encourager et de les soutenir au moyen d'un prélèvement sur le prix de la délivrance des diplômes et lui-même retirera un nouveau profit sur la perception des patentes.

PRATIQUE DE LA CHIRURGIE DENTAIRE DANS L'ARMÉE

Comment réalisera-t-on le fonctionnement de la chirurgie dentaire dans les corps de troupe? On fera ce que font les populations. On aura recours aux bons soins des praticiens expérimentés de la localité ou du voisinage pour des visites trimestrielles. Mais il ne s'agit nullement de grever outre mesure le Trésor par la création d'un corps de chirurgiens-dentistes de l'armée, ayant tous les avantages et toutes les prérogatives de la position d'officiers. Il ne s'agit nullement de créer des Ecoles militaires de chirurgie dentaire, d'y entretenir un nombreux personnel de directeurs et de professeurs, d'allouer des bourses, de créer une direction centrale au ministère de la guerre et des directions dans chaque corps d'armée, de constituer un corps très nombreux de praticiens et d'inspecteurs, de charger le budget de belles soldes, de retraites à payer, de pensions pour les veuves, de bourses pour l'éducation des enfants, etc., il s'agit de faire ce qu'on fait dans tous les détachements de troupe, où l'on commissionne un médecin pour visiter et pour soigner à l'infirmerie les militaires de la garnison.

Il ne saurait être question d'accepter gratuitement les bons offices des dentistes. Ces soins doivent être rétribués pour plusieurs raisons, d'autant plus que la chirurgie dentaire deviendrait un service normal de l'armée, service imposant un devoir à l'autorité et conférant un droit aux militaires. Il n'y aurait plus qu'à fixer le montant de l'indemnité journalière à allouer aux dentistes. On prendra pour base la journée d'homme présent au corps, comme on le fait pour les médecins civils requis et commissionnés.

En fixant cette indemnité à 0 fr. 00 c. 2 par homme et par journée de présence constatée sur le relevé des situations journalières des Compagnies ou sur la feuille trimestrielle des journées, on arriverait à une dépense de 730 fr. pour une moyenne de 1.000 soldats par an et à une dépense approximative de 250.000 fr. pour toute l'armée. Les pièces de la prothèse dentaire feraient l'objet d'un remboursement spécial et uniforme à déterminer par le ministre.

Cette rétribution serait tout à la fois convenable et suffisante pour les intérêts engagés dans la question. Il faut observer que les chirurgiens-dentistes affectés au service des régiments seraient fort occupés trois fois par an, et à l'arrivée de chaque nouvelle classe du recrutement et au moment de la convocation

des réservistes et des hommes de l'armée territoriale. Dans ces trois circonstances leur service aurait une réelle importance à plusieurs points de vue.

Quant aux dentistes qui auraient à se déplacer tous les trois mois pour la visite des détachements qui leur seraient affectés, leur rétribution serait la même : 0 fr. 00 c. 2 par homme et par journée de présence, pour leur tenir compte du dérangement et de la dépe e de leurs voyages. Ces voyages peuvent aussi être utilisés par ces praticiens pour les besoins de la clientèle civile de ces petites garnisons.

Tel semble devoir être, comme premier essai et comme service qui serait probablement assuré d'une manière convenable le plan d'un mode de fonctionnement de la chirurgie dentaire dans l'armée.

L'appréciation d'un homme éclairé, connaissant le soldat et étranger à notre profession, a à nos yeux une valeur particulière en la matière. Nous n'avions pas l'honneur de connaître M. Boissonnet avant la réception de ses communications et l'on ne peut que se féliciter de la spontanéité de ses bons avis.

Nous ne sommes donc pas seuls à penser que le soldat a besoin de soins dentaires spéciaux, que l'Etat, avec le service universel obligatoire, a charge de santés, d'existences et même, dit M. Boissonnet, d'éducateur. Il pense que les soins donnés aux dents pendant le service militaire auront des conséquences hygiéniques ultérieures. N'est-ce pas évident? Et cette conséquence n'est-elle pas une raison de plus à l'actif de la création que nous demandons.

Comme le montre notre honorable correspondant, la statistique que nous avons publiée est véritablement attristante et nous aurons à montrer prochainement sa portée pour l'avenir de la race.

Pendant les trente années 1850-1880, on constate pour la Seine Inférieure une moyenne de 5,400 exemptés pour mauvaise denture sur 100,000 examinés. Cela est énorme, surtout si on tient compte qu'actuellement il faut avoir de très mauvaises dents, principalement en Normandie, pour être exempté, on devine ce que ces chiffres dénotent.

Ne doit-on pas lutter contre l'extension d'une telle infirmité? On ne le fera efficacement qu'en soignant les dents à l'époque où elles sont le plus susceptibles de carie, en donnant à tous des notions d'hygiène buccale.

Sous une forme ou sous une autre, la création d'un service dentaire dans l'armée s'impose, et nous sommes convaincus que l'administration du département de la guerre le reconnaîtra avant peu.

Paul Dubois.

CONGRÈS INTERNATIONAL DENTAIRE

Questions mises a l'ordre du jour du congrès

Tout en sollicitant des communications sur les différents sujets de la science et de la pratique de l'art dentaire, la commission d'organisation à pensé utile d'attirer plus particulièrement l'attention des membres du Congrès sur les questions suivantes. Elle serait heureuse que les dentistes compétents de tous les pays voulussent bien faire connaître leurs vues sur celles des questions qui leur sont plus familières et pour lesquelles ils ont fait des recherches originales.

Voici les questions adoptées :

Première section. — *Anatomie et physiologie normales et pathologiques*

1. Les dents selon les races.
2. Le rôle des micro-organismes, dans la pathogénie dentaire et buccale.
3. De l'influence de la nutrition sur la production et sur la guérison de la carie dentaire.
4° Classification et terminologie dentaires et buccales.

2e Section *Dentisterie opératoire et therapeutique*

1. Le traitement des dents à pulpe malade et de celles à pulpe morte.
2. Valeur comparée de l'aurification et des substances plastiques, pour l'obturation des dents, avec exposé des progrès récents sur la matière.
3. L'anesthésie locale.

3°. — *Prothèse et orthopédie dentaires*

1. Indications et procédés des couronnes artificielles et du travai à pont.
2. Conditions requises pour exécuter le redressement des dents et des arcades alvéolaires, avec exposé des nouveaux moyens de redressement.
3. Du choix des substances pour la construction des appareils de prothèse.
4. Restauration de la face et des maxillaires.

4 Section. — *Déontologie et Hygiène*

1. L'enseignement de l'art dentaire, méthodes, durée des études.
2. Hygiène dentaire et buccale, pendant les périodes de dentition.

AVIS

MM. les membres qui ont adhéré au Congrès, sans joindre leur cotisation, sont priés de l'envoyer sans retard, le gouvernement ne devant livrer les cartes qu'aux souscripteurs qui ont versé le montant de cette cotisation.

Parmi les adhésions récemment reçues nous noterons celles de M. Bonwill, de Philadelphie qui fera, écrit-il, des démonstrations cliniques et des conférences sur les inventions diverses qui ont fait connaître son nom : maillet électrique, mécanique, moteurs, articulateur, dents, etc.

Nous apprenons également que M. Cunningham, professeur de dentisterie opératoire au Dental Hospital de Londres, participera au Congrès dentaire.

Nous donnons aujourd'hui, le titre de quelques communications dont nous avons été avisés. Nous publierons désormais le titre de toutes celles qui nous parviendront.

Cunningham, de Cambridge (Angleterre). — De l'obturation immédiate des canaux.

P. Dubois. — I. Les dents des Français.

II. Essai de classification et de terminologie des principales maladies des dents et de la bouche.

III. Projet de questionnaire pour l'enquête internationale sur l'état des dents des différents peuples.

IV. Du traitement des dents à pulpe malade et de celles à pulpe morte.

V. De l'obturation des canaux.

Dubrac. — De l'anesthésie locale.

Heidé. — De l'obturation à l'aide de fragments d'émail.

Godon. — I. Contribution à l'étude du redressement des dents et des arcades alvéolaires.

II. L'enseignement de l'Art dentaire.

Lecaudey. — Du choix des antiseptiques en chirurgie dentaire.

Parmi les journaux étrangers qui ont parlé du Congrès dentaire de Paris, nous avons noté : l'*International Dental Journal* qui a inséré, dans son numéro de mars, une communication de M. Dubois, dans celui d'avril, une de M. Kuhn.

Le *Dental Cosmos* d'avril a résumé une lettre de M. Brasseur. La *Dental Review* a également publié, en mars, un nouvel appel à ses lecteurs en faveur de notre Congrès.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 9 *avril* 1889

Présidence de M. Dubois, président.

La séance est ouverte à neuf heures.

M. le Secrétaire donne lecture du procès-verbal de la séance précédente, qui est adopté sans observation.

M. Blocmann s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la réunion.

I. Conférence sur l'hypnotisme, ses bienfaits et ses dangers en thérapeutique, avec présentation de sujet, par le Dr Bottey.

M. Dubois. — L'année dernière, la Société d'Odontologie a eu à s'occuper, à plusieurs reprises, de faits d'hypnotisme, à la suite d'observations présentées par plusieurs de nos confrères.

Ces observations laissaient en suspens une question grave : si

l'emploi de ce moyen d'anesthésie était profitable ou préjudiciable au malade?

Le Dr Bottey, qui a fait sur l'hypnotisme un des meilleurs livres que nous ayons (1), a bien voulu nous présenter, ce soir, les données générales se rattachant à cette question, nous indiquer la valeur thérapeutique du sommeil artificiel comme auxiliaire des petites opérations que nous pratiquons.

Je lui donne la parole.

M. le Dr Bottey fait la conférence très intéressante que nous reproduisons en tête du journal. Après l'exposition orale, le conférencier soumet un sujet aux différents états hypnotiques classiques, tels que les caractérise l'Ecole de la Salpêtrière. Cette démonstration expérimentale intéresse non moins l'auditoire que les explications verbales.

Aussi, quand le conférencier termine, plusieurs salves d'applaudissements lui prouvent combien son exposé a captivé l'auditoire.

M. le Président, interprète des sentiments de l'Assemblée, remercie le Dr Bottey en ces termes :

« Il me sera permis de féliciter au nom de tous M. le Dr Bottey de son intéressante conférence. Il a su nous présenter un résumé complet et nourri de faits sur la question obscure et complexe du sommeil artificiel. Il nous a montré avec quelles réserves on pouvait solliciter l'hypnotisme. Au point de vue de la science générale, à celui de l'application professionnelle, la conférence de ce soir nous a été profitable. Nous ne pouvons qu'en remercier hautement M. le Dr Bottey. » (Applaudissements.)

En raison de l'heure avancée, je propose de reporter notre ordre du jour à la prochaine séance.

Adopté.

La séance est levée à onze heures.

Le secrétaire de la séance,
L. Bioux.

REVUE DE L'ETRANGER*

I. Des antiseptiques. — II. Blanchiment chimique des dents.

DES ANTISEPTIQUES

par G. V. Black M D. D D S.

(*Traduction de M. G. Blocman*)

Cette communication est l'exposé d'expériences entreprises pour déterminer la valeur antiseptique des huiles essentielles, et en même temps les résultats obtenus. Il m'a paru intéressant d'introduire dans cette note un certain nombre des antiseptiques

(1) Le « Magnétisme animal », étude critique et expérimentale sur l'hypnotisme, par le Dr Fernand Bottey. 3e édition. Plon, 1888.

(2) Les experiences consignées dans cette note ont été entreprises sous les auspices de la Société odontologique de Chicago.

les plus usités afin de les mettre en comparaison avec les huiles essentielles que j'ai pu étudier jusqu'à présent. Je consacrerai également quelques instants au mode d'emploi de ces antiseptiques et aux formes sous lesquelles on les utilise.

Depuis quelques années les huiles essentielles ont gagné du terrain en tant qu'antiseptiques, cependant les publications sur ce sujet sont remarquables par l'absence d'appréciation exacte sur leur valeur. Il est à noter que quelques-uns des antiseptiques les plus en usage sont ceux sur lesquels on devrait le moins compter en chirurgie et dans le traitement des affections suppurées. Le cas le plus remarquable est celui de l'iodoforme qui est considéré comme une nécessité de l'arsenal chirurgical et qui cependant n'a aucune valeur antiseptique, et quoique ce fait ait été démontré par d'habiles observateurs en matière de clinique et par des expérimentateurs, l'iodoforme est toujours employé dans le même but sur une très vaste échelle. Quelle que soit la valeur thérapeutique de ce médicament, il est certain qu'en solution quelconque, soit dans l'eau, soit dans un bouillon de culture, il n'est en aucun sens antiseptique et ne devrait jamais être employé comme tel. Les expériences qui suivent ont été entreprises dans le but d'éviter de semblables erreurs.

J'ai fait tous mes efforts pour arriver, dans la masse d'expériences que je vous présente, à atteindre la perfection; je serais donc très heureux si ma communication était reconnue exempte d'erreur. Sur certaines substances qui paraissaient mériter une attention spéciale, j'ai répété les essais afin d'arriver à un résultat positif et certain. Je désire faire comprendre ce que j'entends par antiseptique, car on a généralement le tort d'employer, surtout dans la thérapeutique des micro-organismes, des expressions dont le sens est assez mal défini; tel est le cas pour les mots antiseptique et désinfectant. Un antiseptique est un médicament qui empêche le développement des microbes. Le même médicament peut être à la fois un antiseptique et un désinfectant, selon la façon et les proportions suivant lesquelles il est employé. Règle générale, en médecine et en chirurgie, nous ne pouvons employer les désinfectants comme tels, parce que les propriétés toxiques de ces médicaments feraient plus de dégâts que leur qualité désinfectante ne rendrait de services. Les dentistes peuvent les employer avec bénéfice dans les racines des dents et aussi pour certains cas favorables, en contact avec les tissus mous comme dans les petits abcès, mais dans la plupart des autres cas, nous devons nous contenter de remèdes moins énergiques et employer les procédés antiseptiques.

L'étude des huiles essentielles présente de grandes difficultés; d'abord la qualité de chaque huile est incertaine: ce sont en effet des corps composés dont la qualité varie nécessairement suivant les matériaux employés, même lorsqu'elles sont préparées avec soin. Les conditions de préparation sont telles, pour

quelques-unes de ces huiles, qu'elles doivent être faites là où pousse la plante, et la plupart du temps par des personnes qui n'ont pas les connaissances scientifiques nécessaires. Il arrive souvent dans ce cas que les parties des plantes qui doivent servir à la préparation des huiles essentielles sont mélangées avec d'autres parties de ces mêmes plantes qui sont indifférentes ou contraires au produit désiré. Exemple : les feuilles d'un arbre renferment une essence et l'écorce en renferme également une, mais d'une autre nature ; supposez alors que le distillateur mélange les branches et les feuilles, les essences seront également mélangées et la qualité du produit incertaine par conséquent. Il faut encore se méfier des falsifications. En tenant compte de ces considérations, je ne puis dire qu'une chose : les échantillons sur lesquels j'ai procédé ont donné les résultats suivants, mais la même huile peut être différente dans un autre échantillon. Cependant je pense que le prix d'un médicament s'élevant en raison de sa pureté, il est aisé de trouver des négociants qui le livrent dans cet état.

Méthode employée pour essayer la valeur antiseptique des huiles essentielles.

La marche que j'ai suivie est intéressante à connaître pour celui qui désire contrôler mes expériences et l'exactitude de mes résultats. Je vais donc vous l'indiquer très brièvement, en donnant cependant les détails nécessaires pour permettre de me suivre et de juger de la valeur de mes conclusions.

Dans tout ce travail j'ai employé un four d'incubation avec un thermomètrerégulateur pour le maintien automatique de la température qui a été constamment de 99° Fahr., soit 37° centigr. 2 J'ai employé du bouillon de bœuf peptonisé et purifié, puis soigneusement neutralisé. J'ai pris le plus grand soin pour que ce bouillon fût toujours semblable en qualité dans toutes mes expériences, de sorte que la valeur proportionnelle des différents médicaments ne fût pas sérieusement changée par des variations dans la puissance nutritive du bouillon de culture. C'est là un point qui n'a pas reçu, à mon avis du moins, une attention suffisante de la part de ceux qui se sont livrés à ces expériences, et ce point est des plus importants. L'infection du bouillon de culture a toujours été faite avec ma propre salive, dans des conditions analogues autant que possible, évitant ainsi l'emploi de micro-organismes affaiblis par un développemant artificiel. Mes cultures, par suite, ont été mixtes, ce qui est préférable à des cultures de variétés isolées et donne des résultats plus exacts.

Je me suis servi de tubes graduées pour le bouillon et de pipettes très finement graduées pour l'addition des médicaments ; dans chaque expérience j'ai employé des tubes de contrôle. Chaque observation a duré cinq jours, à moins que le développement des microbes n'ait été démontré avant ce délai ; de plus, toute chose paraissant avoir un intérêt quelconque a été consi-

gnée au moment de son observation, rien n'a été laissé à ma mémoire. Dans certaines expériences, j'ai pris des notes toutes les 12 heures, dans d'autres, tous les jours seulement. En un mot, j'ai cherché à faire de ce travail un système pour que les conditions de chaque expérience fussent identiques autant que possible, sauf certains changements qui ont été voulus et notés. Dans le calcul des proportions j'ai employé le système métrique. mais toutes les conclusions sont exprimées dans la forme d'une part de médicament par tant de parts de bouillon de culture, ce qu'il ne faut pas confondre avec le tant pour cent. Le tableau des résultats ne contient pas toutes les expériences faites sur le même médicament, mais le résultat de l'une de ces expériences d'après les notes prises au moment où elles ont eu lieu.

J'ai divisé les expériences sur les huiles essentielles en deux catégories; les unes ont été faites avec l'huile pure, les autres avec la solution aqueuse. De ce fait que la solubilité des huiles n'est pas parfaitement comme la valeur quantitative de la solution, devient beaucoup plus importante que la valeur quantitative de l'huile pure, puisque dans la plupart des cas où les antiseptiques sont employés, c'est la solution seule qui est efficace. Ceci est cependant moins exact pour les huiles que pour les corps cristallisés, car dans bien des circonstances l'huile agit mais la substance cristallisée n'agit que lorsqu'elle est dissoute. Aussi dans chaque cas ai-je donné la valeur quantitative des solutions des médicaments cristallisés.

On dirait que les expérimentateurs ont pris l'habitude de donner, soit le plus grand nombre possible de proportions dans lesquelles les médicaments sont actifs, ou bien dans d'autres cas d'indiquer des proportions de ces médicaments en solution sans s'inquiéter de leur solubilité, ou bien encore sans tenir compte des proportions dans lesquelles la solution est active ou non. Il y a là de nombreuses causes d'erreurs, car on n'y reconnaît pas l'étendue du champ d'action du médicament. Ce champ d'action est compris entre la solution saturée et la solution la plus diluée capable d'arrêter le développement des microbes. Voici un exemple : Nous avons dans un tube à expérience un médicament agissant comme antiseptique dans les proportions de 1 pour 1100, mais d'autre part il n'est soluble que dans la proportion de 1 pour 1000, il a donc un champ d'action très limité et deviendra bientôt sans effet du moment qu'il sera mélangé avec l'exudat d'une blessure. Par contre un autre antiseptique est soluble à 1 pour 1000, mais conserve ses propriétés même dilué à un dix-millième; celui-là a un champ d'action très vaste et sa solution saturée peut être considérablement étendue par les secrétions sans qu'il cesse d'agir.

Avec les poisons énergiques, solubles en toute quantité, le champ d'action commence pour nous avec une dissolution qui peut être supportee sans accidents par les tissus, le degré de

concentration varie pour chaque toxique et ne peut être déterminé ici. Je n'ai pas voulu dire dans l'exemple que j'ai cité plus haut que le premier médicament n'aurait aucune valeur en pratique, mais son emploi devra être restreint à une classe de cas dans lesquels il ne sera mélangé ni avec des sécrétions, ni avec d'autres substances qui auraient pour effet de diminuer son efficacité et de porter sa solution au-delà des limites de son champ d'action. J'ai pensé qu'il était intéressant de donner la valeur des solutions de la façon indiquée ci-dessus et montrer ainsi le champ d'action des médicaments étudiés.

Toutes les solutions qui figurent dans le tableau suivant sont des solutions aqueuses saturées, excepté celles dont les proportions sont indiquées en tant pour cent. Ces solutions d'huiles essentielles et de substances cristallisées ont été faites par le procédé que voici : On mélange de l'eau et de l'huile ou la substance cristallisée en excès en les secouant violemment pendant quelques minutes, puis on place le tout dans le four d'incubation porté à la température de 99° Fahr. (37° centigr. 2) et on laisse 12 heures. On le secoue de nouveau puis on replace dans le four pour 12 heures encore. Puis on filtre une ou plusieurs fois jusqu'à ce que la solution obtenue soit parfaitement claire.

Dans les tables suivantes, les chiffres qui indiquent l'efficacité des substances à prévenir le développement des microbes sont écrits en chiffres ordinaires, tandis que les gros chiffres indiquent les proportions dans lesquelles les mêmes substances en sont plus activées. Si le développement des micro organismes ne s'est pas produit dans les 24 heures mais seulement le second jour, j'ai mis une étoile à la suite du nombre indiquant les proportions de la solution, et si le développement n'a eu lieu que le troisième jour ou n'a pu être démontré à ce moment, on trouvera deux étoiles, et ainsi de suite.

A côté des huiles essentielles j'ai mis les dérivés, autrement j'ai suivi l'ordre alphabétique.

TABLE

Aseptol (solut à 33 % de Merck). — 1-10, 1-15, 1-20, 1-25.
Acide benzoique (solut), — 1-1, **1-2**, **1-3**.
Beta naphtol (solut). — 1-1, 1-2, 1-3 **1-4**, **1-5**.
Acide borique (solut). — 1-4, 1-6, **1-8***. **1-10**.
Acide phénique. — 1-300, **1-560**, **1-900**.
Solut 5 %. — 1-8, 1-10, 1-12, 1-15, **1-20**.
Sulfate de cuivre (solut). — 1-100 **1-200***, **1-400**.
Créosote (commerce). — 1-400, **1-500**, **1-900**.
Créosote de goudron. — 1-700, 1-910, **1-1200**.
Solution. — 1-1, 1-2, **1-4**, **1-8**.
Hydronaphthol (sol). — 1-1, 1-2, 1-3, **1-4**, **1-5**.

Iodoforme. — Développement des microbes dans une solution saturée et au milieu des cristaux non dissous.
Bichlorure de mercure. — 1-25,000, 1-50,000, **1-100,000.**
Solution à 1/500. — 1 50, 1-100, **1-200.**
Resorcine (sol à 6, 5 %). — 1-4, 1 6, **1-8*, 4 10.**
Essence de bergamote. — 1-200, **1-400, 1-720.**
Solution. — **1-1, 1-4, 1-5.**
Essence de cajeput. — Développement dans l'émulsion.
Essence de cassia. — 1-3000, 1-4000, **1-5000.**
Solution. — 1-2, 1-3, 1-4,1-8, **1-10.**
Essence de cinnamon. — 1-2000, **1-270*, 1-4000.**
Solution. — 1 1, 1-2, 1-3, **1-4*, 1-5.**
Essence de girofles. — 1-1100, 1-1200: **1-2000.**
Solution. — 1-1, 1-2, **1-3*, 1-5.**
Eujenol. — 1-640, 1-800. **1 1200,**
Solution. — 1-1, 1 2, 1-3, **1-4*, 1-5.**
Essence de copahu. — Développement dans l'émulsion.
Essence de coriandre » » »
Essence de cubèbe » » »
Essence d'eucalyptus » » »
Extrait d Eucalyptus. — 1-100, 1-240, **1-240, 1-480.**
Solution. — **1 1, 1-2, 1 3, 1-4. 1-5.**
Eucalyptol. — 1-100, 1-380, **1-650**
Solution. — **1-1, 1-2, 1 3, 1-4, 1-5.**
Essence de fenouil — Développement dans l'émulsion.
Essence de moutarde. — 1 1000, 1-1500, **1-2000.**
Solution. — 1-1, 1-2, **1 4*, 1 6, 1-10.**
Essence de pouliot. — 1-480, 1-720. **1 960.**
Solution. — **1-1, 1 2, 1-3, 1-4, 1-5.**
Essence de menthe poivrée. — 1-375, **1-600, 1-800.**
Solution. — **1 1, 1 2, 1 3, 1-4, 1-5.**
Menthol (sol). — **1-1, 1-2, 1-3. 1-4, 1-5.**
Essence de sassafras. — 1 270, 1-540, **1 800.**
Solution. — **1 1, 1-2, 1 3, 1-4, 1-5.**
Essence de thym. — Développement dans l'émulsion.
Essence de térébenthine. — 1-500, 1-600, **1-800.**
Solution. — 1-1, **1 2*, 1 3, 1-4, 1-5.**
Terebeme. — **1-480*, 1-800, 1-1400.**
Solution. — **1 1*, 1-2, 1-3, 1-4, 1-5.**
Terpinol. — 1 520, 1-720, **1-960.**
Solution. — 1-1, 1-2, **1-3, 1 4, 1-5.**
Essence de valériane. — Développement dans l'émulsion.
Essence de wintergreen. » » »
Acide salicylique (sol). — 1-1, 1-2, **1-3*, 1-4, 1-5.**
Essence de santonine. — 1-280, **1-720, 1-880.**
Solution. — **1-1, 1-2, 1 3, 1-4, 1 5.**

(*A suivre*)

Dental Review. Comptes-rendus de Chicago, Dental Society.

Blanchiment chimique des dents

par le Dr Edouard C. Kirk.

Le blanchiment des dents peut être défini comme une réaction chimique entre un composé ayant de la couleur et une substance capable d'affecter sa composition de telle façon que la couleur est détruite ou, en d'autres termes, d'affecter l'intégrité de la molécule de la matière colorante suffisamment pour détruire son identité, ce qui se traduit nécessairement par une perte de sa caractéristique physique distinctive, c'est-à-dire de sa couleur.

Deux classes de substances ont été employées pour blanchir les dents : la première comprend celles qui agissent comme agents oxydants et qui détruisent l'intégrité de la molécule colorante en lui enlevant son hydrogène; la seconde celles qui agissent comme agents réducteurs et détruisent l'intégrité de la molécule colorante en lui enlevant son oxygène.

A la première appartiennent le peroxyde d'hydrogène, le permanganate de potasse, le chlore et les composés du chlore. A la dernière, l'acide sulfureux.

Dans celle-là l'action des deux premières substances citées est facilement comprise quand le caractère des composés est pris en considération. Toutes deux sont riches en oxygène, instables et promptes à abandonner leur oxygène à l'état naissant à toute occasion favorable et, une fois en contact avec une matière organique riche en hydrogène, ce dernier se mélange avec l'oxygène dégagé pour former de l'eau et les deux composés sont ainsi détruits.

La principale différence pratique dans l'action des deux substances réside dans le caractère des dérivés qui en résultent. Ainsi dans le cas du peroxyde d'hydrogène, la perte d'un atome d'oxygène laisse simplement une molécule d'eau, mais dans le cas du permanganate de potasse il se produit, entre autres choses, un bioxyde de manganèse, solide, brun foncé, qui produit en lui-même une décoloration dont on doit se débarrasser ensuite au moyen d'une solution d'acide oxalique qui forme avec lui un composé presque incolore et soluble. J'ai employé cette substance pour blanchir des dents mais il ne faut pas que la solution soit trop concentrée, autrement le traitement final avec l'acide oxalique pourrait manquer d'enlever complètement la décoloration provenant du bioxyde de manganèse précipité dans les canaux et laisse la dent dans un état pire que le premier. Employé avec soin dans des solutions diluées d'une couleur très claire et suivi presque immédiatement par une forte solution d'acide oxalique, ou de bioxalate de potassium, il donne de bons résultats quand les dents à blanchir ne sont pas trop épaisses ni trop denses.

Je pense pouvoir démontrer le pouvoir de blanchiment avec des éponges sombres. En immergeant quelques minutes une éponge non blanchie, de cette couleur brune naturelle qu'elle possède lorsqu'on la retire de l'eau, dans un vase contenant une solution de permanganate de potasse, on observe rapidement un changement dela couleur qui passe du brun clair au brun foncé, touchant presque au noir. Une action chimique a eu lieu entre le permanganate et la matière colorante de l'éponge qui s'est traduit par la destruction de celle-ci et la déposition de l'oxyde brun de manganèse. En immergeant ensuite quelques instants cette éponge dans un autre vase

contenant une dissolution d'acide oxalique pour enlever l'oxyde de manganèse déposé, la couleur disparaît et l'éponge devient remarquablement blanche, si on la compare avec une autre éponge non traitée.

L emploi du peroxyde d'hydrogène est suffisamment simple mais ne m'a pas donné d'aussi bons résultats qu'à d autres opérateurs parce que les dents traitées semblent résister à son action au-delà d'un certain point et conservent une teinte brune ou jaune.

L'agent le plus important du blanchiment est le chlore et son emploi est dû à James Truman, de l'Université de Pensylvanie, il y a 25 ans.

J'ai placé cette substance parmi celles qui blanchissent en oxydant. La raison en est que, dans certaines circonstances, le chlore peut agir directement sur la matière colorante en s'unissant avec son hydrogène, cependant on a trouvé en pratique qu'il agit avec beaucoup plus de rapidité et même que certaines couleurs ne sont pas affectées du tout en l'absence de l'humidité. On en a conclu que le chlore agit en saisissant l'hydrogène d'une molécule d'eau avec laquelle il se combine pour former de l'acide hydrochlorique et l'oxygène mis en liberté, attaque le principe colorant et le détruit, le chlore étant ainsi un agent oxydant — l'action du chlore et de l'oxygène dans le blanchiment étant à quelques égards semblable à celle du chat retirant les marrons du feu pour le singe.

La méthode du professeur Truman consiste à dégager le chlore de l'hydrochlorite de calcium dans la cavité cariée et le canal pulpaire au moyen d'un acide faiblement dilué, par exemple, une solution à 50 0/0 d'acide acétique, oxalique, citrique ou tartrique. Le traitement de la dent avant le blanchiment est le même que dans les autres méthodes. Le tiers supérieur du canal pulpaire doit être solidement rempli de gutta-percha. L'or ne doit pas être employé pour être blanchi par le chlore car il est attaqué par celui-ci et le chlorure d'or formé se décompose en présence d'une matière organique sous l'action de la lumière et de l'oxygène et se transforme en une tache pourpre qu'on ne peut faire partir. Pour cette raison une dent à blanchir doit être débarrassée auparavant de toutes ses obturations d'or.

La cavité doit être lavée avec de l'ammoniaque ou du borax pour enlever les matières grasses et aucune substance coagulant l'albumine ne doit être employée car cela empêche la pénétration du chlore dans les canaux. Pour le lavage final, de l'eau distillée, car l'eau de rivière contient du fer en quantité suffisante pour tacher la dent au moyen de la formation d'un chlorure de fer.

Quand le blanchiment est complet, la cavité et le canal pulpaire doivent être obturés avec de l'oxychlorure de zinc blanc au moyen d'instruments en os, en caoutchouc durci ou en bois, car aucun instrument métallique ne doit venir en contact avec la dent après l'application du chlore.

Diverses modifications ont été apportées à la méthode de Truman; c'est ainsi que la solution de soude chlorée ou solution de Labarraque a été employée comme un moyen pour enlever le chlore.

Harlan, de Chicago, emploie depuis 1884 du chlorure d'aluminium dans la cavité dont il enlève le chlore au moyen du peroxyde d'hydrogène.

J'ai employé également comme moyen de blanchiment l'acide

sulfureux qui sert déjà pour les articles de paille et de laine. Il a une forte affinité pour l'oxygène et appartient à la classe des agents réducteurs. Ma méthode consiste à dégager l'acide sulfureux du sulfite de soude au moyen d'acide borique. Les deux substances, dans la proportion de 100 grains de sulfite de soude et de 70 d'acide borique sont desséchés séparément et pilées ensuite intimement dans un mortier sec et chaud, après quoi elles sont conservées dans une bouteille hermétiquement bouchée. En employant la poudre, la dent est préparée comme à l'ordinaire et soigneusement séchée sous la digue. La poudre est introduite dans le canal pulpaire et la cavité jusqu'à remplissage complet ; la réaction qui dégage l'acide sulfureux est alors produite en humectant la poudre avec une goutte d'eau et l'orifice de la cavité est immédiatement fermé avec de la gutta chaude.

Cette méthode m'a donné de bons résultats, blanchit une plus grande partie de la dentine en moins de temps que le chlore et permet l'emploi des instruments d'acier.

Quelques dents décolorées résistent à l'action de l'agent de blanchiment davantage que d'autres, sans doute à cause de la présence, dans les canaux, d'un composé qui s'attaque moins facilement.

Quand j'ai échoué avec le chlore, j'ai réussi avec l'acide sulfureux et inversement. Tout récemment, le Dr Edwin P. Wright, de Richmond, Virginie, a imaginé un appareil pour l'application du chlore libre aux dents pour le blanchiment. Il consiste en un récipient de verre auquel est fixée la digue, formant une enveloppe fermée dans laquelle le gaz est conduit et projeté contre l'intérieur de la dent au moyen d'une poire et d'un tube de caou chouc se terminant par un bout de vulcanite. Le chlore est renfermé dans une bouteille remplie préalablement de gaz dans le laboratoire. De cette bouteille il est poussé par un tube flexible dans la dent, d'où il repasse dans la bouteille au moyen d'un tube de retour en caoutchouc souple qui unit le récipient et la bouteille.

L'avantage de cette méthode est de nous donner le moyen d'appliquer le chlore ou l'acide sulfureux directement à la dent sans avoir à former de produits secondaires qui, trop souvent, agissent contrairement à l'efficacité de l'agent de blanchiment, et de ne pas irriter la respiration du patient.

J'ai apporté une modification au récipient du Dr Wright. Un vaisseau de verre, taillé en forme de flacon, de deux pouces de diamètre et de hauteur, avec un rebord à sa base, est fixé à la digue en même temps qu'il est appliqué à la dent à blanchir au moyen d'un clamp de cuivre et par le goulot le gaz est poussé dans la dent et de là au réservoir. Cette modification permet l'emploi de la digue ordinaire tandis que l'appareil Wright exige une digue spéciale.

Les insuccès dans le blanchiment peuvent dépendre de la présence d'une matière colorante que l'agent de blanchiment ne peut réduire ou de l obstruction des canaux de la dentine par quelque substance résineuse empêchant l'introduction de cet agent. Certaines dents qui ont été blanchies retournent à leur état primitif de décoloration quand l'opération n'a pas été complètement exécutée, soit parce que des instruments de métal ont été employés avec le chlore ou l'obturation subséquente.

D'autres dents enfin donnent des insuccès parce qu'un retrait de la gencive s'est produit jusqu'à ce qu'une exposition du cément ait eu

lieu. Ces dents sont sujettes à une redécoloration par suite de la pénétration des fluides buccaux dans le cément. Quoique je n'aie pas réussi dans tous les cas j'ai cependant obtenu un nombre de succès tel que je regarde le blanchiment chimique des dents comme une opération qui doit être entreprise dans tous les cas de décoloration des dents antérieures avec l'espoir de faire disparaître une des défectuosités les plus désagréables de la bouche humaine.

(*Dental Cosmos*).

BIBLIOGRAPHIE

par M. P. DUBOIS.

Lésions et maladies des mâchoires par CHRIST HEATH, traduit sur la 3e édition par le Dr DAZIN. Ash et fils.

Nous avons dit lors de la publication de la 3e édition anglaise d'*Injuries and diseases of the Jaws* tout le bien que nous pensions de l'excellent ouvrage de M. Heath. Il n'existe pas, croyons-nous, de traité de chirurgie des maxillaires et de la cavité buccale où la connaissance, la préoccupation dentaires aient autant de place que dans celui-ci.

L'auteur, grâce à son commerce avec les dentistes, grâce à la pratique d'une clinique dentaire, a pu mieux que personne exposer les complications osseuses de la carie pénétrante, de l'évolution vicieuse des dents, décrire les appareils les mieux faits pour remédier à la fracture du maxillaire, etc. M. le Dr Darin a rendu un véritable service aux lecteurs français en mettant à leur portée cet excellent traité; il est le complément de la chirurgie dentaire proprement dite, et il devrait figurer dans la bibliothèque de tout praticien.

A Text Book of operative Dentistry by TH. FILLEBROWN, professor of Operative Dentistry in the Dental. SCHOOL *of Harward* University. Writen by invitation of the national association of Dental Faculties avec 330 illustrations. Philadelphia, Blakiston AND SON 1889.

L'Association des facultés dentaires américaines a eu l'heureuse idée de demander aux professeurs nationaux les plus éminents en art dentaire d'écrire des livres classiques devant être

recommandés dans toutes les institutions représentées dans l'Association. M. Fillebrown a été chargé de rédiger le *Manuel de Dentisterie opératoire*. L'auteur s'est acquitté de sa tâche avec distinction, en présentant sous une forme concise les principales règles de cette partie de notre art. Avec juste raison, les couronnes artificielles ont une place dans ce volume, seulement nous regrettons de la voir si importante, tandis que d'autres sujets de dentisterie opératoire proprement dite y sont écourtés, les obturations plastiques par exemple, l'aurification même ne reçoit pas les développements qu'elle mérite. Malgré cela, certains détails y sont parfaitement décrits : la manière de tenir les instruments d'obturation, les conditions de placement de la digue. Tel quel le *Text Book of Operative Dentistry* est un livre utile, bon à consulter, il rendra les plus grands services aux étudiants dentistes, aux jeunes praticiens, mais nous ne pouvons l'accepter comme le type du livre classique exposant à la génération actuelle tout ce qu'elle a à apprendre en la matière, servant de cadre et de modèle pour les générations à venir.

Les dents de nos enfants, conseils aux mères de famille par Alf. Brawsen, médecin-dentiste, avec préface par R. Heide, professeur adjoint à l'école dentaire de Paris J. B. Baillère, in-12, 140 pages, 1889.

Puisque les dents ne se maintiennent que rarement à l'état de santé parfaite sans les ressources de l'art, sans une hygiène entendue, puisque leur formation normale est en grande partie sous la dépendance d'une diététique physiologique, il est utile de répandre dans le public des notions d'anatomie et de physiologie générales, de montrer quels sont les facteurs communs des altérations du système dentaire, et comment on peut diminuer leur importance.

On peut regretter que le petit livre de M. Bramsen ne fasse pas mention des dentifrices dont l'appréciation fait partie d'un livre d'hygiène dentaire, tandis qu'il parle d'une opération d'utilité fort contestable, l'incision de la gencive pour aider à l'éruption des dents. L'opportunité et le mode opératoire de l'incision concernent le dentiste, l'influence des dentifrices doit être connue du public.

Nous n'en sommes pas moins convaincus que la lecture de ce petit livre sera profitable à tous ceux qui ont souci de leurs dents et de celles de leurs enfants.

Des retards imprévus ont retardé la publication de la deuxième édition de l'AIDE-MÉMOIRE du CHIRURGIEN-DENTISTE. Il sera irrévocablement mis en vente du 15 au 20 mai.

MISCELLANEA

I. Suppuration du sinus maxillaire consécutive à la carie d'une dent canine temporaire. — II. Nouveau procédé pour la réduction de la luxation temporo-maxillaire. — III. Accident mortel produit à la suite de l'anesthésie proto-azotée.

I.—SUPPURATION DU SINUS MAXILLAIRE CONSÉCUTIVE A LA CARIE D'UNE DENT CANINE TEMPORAIRE, par DENISON PEDLEY.

Le 7 mai, Minnie, âgée de 8 ans, fut amenée à l'hôpital Evelina par sa mère qui raconta ce qui suit. Elle avait souffert autrefois

d'une inflammation des poumons, 3 ans auparavant elle avait eu la rougeole et, depuis, une suppuration constante par les deux oreilles. La maladie actuelle avait commencé 5 semaines avant par une douleur et une enflure des joues. Un médecin, consulté, enleva une dent et du pus en même temps de l'alvéole. Une semaine plus tard, une petite loupe était remarquée au-dessus de l'œil gauche. La face étant enflée et très rouge, des compresses chaudes furent appliquées.

Cette enflure, sur le côté gauche, entourait la dent qui était rouge et charnue, s'étendait jusqu'à l'œil gauche et était couverte d'une croûte jaune épaisse laissant échapper du pus La croûte une fois enlevée, l'examen prouva qu'il provenait du sinus maxillaire. Une blessure presque guérie fut remarquée dans la bouche entre l'incisive et la molaire temporaires et prouvant clairement que la canine temporaire avait été enlevée. Le palais du côté affecté était normal, mais, vue de l'extérieur, la paroi antérieure du sinus maxillaire gauche était plus proéminente que la droite.

Aucune suppuration ne se produisit par la paroi du sinus. L'enfant fut chloroformée et, avec un foret rendu aseptique, l'orifice dans l'alvéole fut élargi. La canine permanente qui était au-dessus et sur le devant de l'ouverture fut enlevée. La cavité du sinus maxillaire fut examinée et les parois en étaient saines excepté sur le devant. Le sinus de la joue fut revêtu d'enduit au borax et un tampon placé dessus. Le sinus maxillaire fut injecté avec une lotion chaude au borax par l'ouverture dans la mâchoire et on recommande à la mère de l'injecter souvent. Le 4 juin, le sinus de la joue était guéri. Le 18, la blessure dans la bouche était cicatrisée et pendant quelques jours on ne put y introduire le bout de la seringue.

Un amas de pus dans le sinus maxillaire des enfants se produit rarement. En raison de leur petite dimension, les racines des dents temporaires dépassent ses parois qui sont relativement épaisses et, quand la suppuration a lieu autour d'une racine, une issue se produit à travers le bord alvéolaire poreux dans la bouche. Dans ce cas, le pus provenant d'un abcès alvéolaire dans le canal de la racine avait creusé profondément au-dessous de la canine permanente et, trouvant son chemin dans le sinus maxillaire, avait probablement poussé le mucus qui était devant (pas d'écoulement du nez) et était sorti par la paroi antérieure et au travers de la joue.

(*The Lancet.*)

II. — Nouveau procédé pour la réduction de la luxation temporo-maxillaire

Par le Docteur Girin (de Montbrison)

Le chirurgien qui veut réduire une luxation de la mâchoire se place devant le malade assis sur une chaise ; puis, à l'aide du pouce introduit dans la bouche, il exerce des efforts de pression sur le côté luxé du maxillaire inférieur. Généralement, cette manœuvre suffit, mais non toujours, et la preuve en est, dans la variété d'instruments imaginés en vue de cette réduction se rapportant plus ou moins au

type de la pince de Stromeyer. Dans un cas où la méthode classique ne me réussissait pas, dépourvu que j'étais de tout instrument spécial j'eus l'idée de recourir au procédé suivant qui me donna un facile et rapide succès.

Je suppose qu'un seul condyle est luxé et que la luxation siège à droite.

Le chirurgien se place debout derrière le malade assis. La main gauche appliquée sur le front de celui-ci, il en maintient la tête fixée sur la poitrine. Une compresse plusieurs fois repliée, un mouchoir de poche remplit parfaitement l'indication, est mise à plat sur les dents inférieures droites. Le chirurgien introduit alors la région métacarpienne de son pouce droit entre les arcades dentaires, de telle sorte que l'éminence thénar et le talon de la main, protégés par la compresse, appuient sur les molaires, et que les quatre derniers doigts fléchis embrassent, sur son bord inférieur, la branche horizontale du maxillaire.

Se penchant un peu en avant, au-dessus de la tête du malade, et maintenant son membre supérieur dans un plan à peu près vertical, il presse de haut en bas, pèse, pour ainsi dire, sur le maxillaire inférieur. En même temps, il combine avec cette pression verticale de haut en bas, un léger mouvement de propulsion en arrière, grâce à l'adduction simultanée de la main sur son bord cubital. Aussitôt, on entend le bruit de choc caractéristique indiquant la rentrée du condyle dans la cavité.

Cette manœuvre présente sur la méthode classique les deux avantages suivants :

1° Elle permet au chirurgien de faire lui-même la contre-extension, ce qui supprime l'emploi de tout aide et rend plus énergiques, plus efficaces, les efforts qui obéissent à une seule volonté ;

2° Le chirurgien peut développer une force musculaire considérable qui sera toujours suffisante et au-delà, dont il reste absolument le maître et qu'il peut graduer à volonté. Placé devant le malade, avec le pouce introduit dans sa bouche on est dans la position d'un homme qui exerce un effort à bras tendu.

Placé en arrière et au-dessus, on exerce cet effort par le bras parallèle au corps et suivant l'axe de ce membre, circonstance très favorable. On peut même faire concourir à cette pression, à cette pesée les muscles de l'épaule en ayant la précaution de s'élever davantage au-dessus du malade.

Enfin, le talon, est beaucoup moins sensible que le pouce aux inégalités de la dentition.

Les auteurs qui ont écrit sur cette luxation attribuent à la contraction musculaire la rentrée brusque du condyle dans sa cavité et le bruit de choc qui l'accompagne, bruit caractéristique qui manque du reste rarement dans la réduction de toute luxation. Cette explication ne peut être acceptée.

Elle suppose que la contraction volontaire des muscles masticateurs survient à l'instant même où le condyle est dégagé. Elle est donc hypothétique et sa valeur doit être ramenée à celle de la simple tonicité musculaire qui est beaucoup moindre. Mais en supposant même leur contraction bien réelle, il est facile de comprendre que les muscles masticateurs ne sauraient entrer en comparaison avec les muscles du chirurgien, qui agissent dans la manœuvre précédente. Celui-ci tient parfaitement en main le maxillaire luxé dont il

se sent absolument le maître et qui pourtant lui échappe brusquement pour reprendre sa situation normale. Les choses se passent ainsi qu'il suit :

Le condyle luxé, ou plutôt le ménisque interarticulaire qui le surmonte et l'accompagne dans son déplacement, repose par sa partie postérieure sur la face antérieure de la racine transverse de l'apophyse zygomatique. Cette portion convexe du ménisque glisse sur la racine transverse au moment où le maxillaire est abaissé pour l'effort de réduction et sa crête ne tarde pas à venir se placer sur la crête de la racine et à la dépasser. La cavité glénoïde est alors vide, ou du moins ne renferme que des vapeurs dont la tension, à la température du corps humain, est inférieure à une colonne de 5 centimètres de mercure. La pression atmosphérique qui est de 76 centimètres lui est donc bien supérieure. Il y a en sa faveur une différence utile dont la valeur équivaut à la pesanteur de 965 grammes par centimètre carré. Aussitôt que la crête du ménisque a dépassé, ne serait-ce que de la plus petite quantité, la crête de la racine transverse, la pression atmosphérique ne rencontre plus aucun obstacle et l'instantanéité de son action explique le mode de rentrée du condyle dans sa cavité glénoïde et le choc caractéristique qui marque la réduction.

Bulletin de thérapeutique

III. — ACCIDENT MORTEL PRODUIT A LA SUITE DE L'ANESTHÉSIE PROTO-AZOTÉE

D'après la « circular druggist's » de Philadelphie, Mme Elisabeth Cusick, âgée de soixante ans, se rendit, accompagnée de sa fille, chez un dentiste, pour se faire extraire quatre dents. Bien qu'on lui eût déclaré que, vu sa très forte corpulence, l'emploi du gaz hilarant n'était pas sans danger, elle insista d'une manière si vive qu'après lui avoir préalablement fait prendre quelque peu de cognac, une petite quantité de protoxyde d'azote produisit l'anesthésie habituelle. L'opération terminée, la vieille dame revint complètement à elle et passa dans une chambre à côté du cabinet d'opération pour se rincer la bouche. Cinq minutes plus tard, elle rentra dans le cabinet en se plaignant d'oppression. Des injections sous cutanées furent faites, un médecin du voisinage, le Dr Clarck fut appelé à la hâte, mais malgré les secours et les soins usuels, tout fut inutile ; elle mourut juste trois quarts d'heure après avoir respiré le protoxyde d'azote.

L'autopsie fut pratiquée et fit connaître que la cause de la mort était due à la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires du cœur.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Du traitement de la pyorrhée alvéolaire. — II. Des propriétés analgésiques de l'acide carbonique. — III. Gargarismes à la créoline. — IV. Remède contre le rhume de cerveau.

TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Le Dr Harlon ne traite pas tous les cas de la même manière, mais suivant les nécessités. Tout d'abord on ne voit pas toujours bien quelle est la maladie. Souvent dans la pyorrhée, il n'y a ni tartre ni

dépôt calcaire sur les dents affectées. Si un stimulant est nécessaire, 5 à 10 0/0 de solution de résorcine ou une faible solution d'iodure de zinc, après nettoyage complet avec le péroxyde d'hydrogène, doivent être employés. S'il y a beaucoup de tissu morbide, dissoudre de l'iode dans de l'essence de wintergreen et en combler les cavités après nettoyage. S'il y a beaucoup de rétraction, faire une incision dans la gencive lorsqu'elle est revenue à l'état sain, un peu au-dessous du bord, et introduire des cristaux d'iodure de zinc. Cela irrite la gencive et la repousse sur la dent où elle adhère. L'opération peut être répétée plusieurs fois, si c'est nécessaire, en ayant soin de pratiquer chaque fois une incision près du bord de la gencive et en ramenant celle-ci graduellement dans sa position naturelle sur la dent.

Il faut se rappeler que le microbe peut réapparaître le 4e jour et il faut tenir compte de ce laps de temps dans le traitement. Les points principaux à observer sont le nettoyage des cavités, l'enlèvement de chaque particule nécrosée, le lavage des cavités au peroxyde d'hydrogène, l'introduction d'un irritant et d'un stimulant, la liaison des dents chancelantes par des ligatures, bandes, plaques, attelles, si c'est nécessaire, de façon à ce qu'elles soient tenues en place d'une manière immuable jusqu'à ce qu'elles soient revenues à la santé.

(*Ohio journal of Dental Science.*)

DES PROPRIÉTÉS ANALGÉSIQUES DE L'ACIDE CARBONIQUE

M. Brown-Séquard. — J'ai déjà attiré, à diverses reprises, l'attention de la Société sur les propriétés anesthésiques de l'acide carbonique employé en inhalations ou en pulvérisations sur le larynx. J'ai eu recours dernièrement à ce procédé dans un cas de lumbago et j'ai obtenu un succès complet. L'analgésie produite par l'acide carbonique est assez durable, je l'ai vue persister pendant trente-six heures.

Société de biologie (séance du 26 janvier.)

GARGARISMES A LA CRÉOLINE

Dans les affections de la cavité buccale dues à des micro-organismes et aussi dans toutes celles où une médication astringente et pouvant diminuer la sécrétion est indiquée (les angines folliculaires, le muguet, l'angine croupale et diphthéritique) Schuitzler (Intern. Klin, Rundschau, nos 17 et 30) recommande des gargarismes contenant 1 gramme de créoline pour 100 à 500 grammes d'eau, et les badigeonnages avec une émulsion à 1 ou 5 pour 50 ou 100. La créoline n'étant toxique qu'à doses élevées, on peut donc, sans inconvénient, avaler une minime partie des gargarismes.

En pulvérisation, en attouchements, la créoline serait d'une grande utilité dans les maladies du larynx et de la trachée, surtout dans la tuberculose laryngée. Pour masquer autant que possible l'odeur et la saveur désagréable de la créoline, il conseille, pour la préparation des gargarismes, soit l'addition de quelques gouttes d'essence de menthe, soit la substitution de l'eau de menthe à l'eau ordinaire ou distillée. Sichwitz (loc. cit.) a eu recours, dans plusieurs cas d'amygdalite folliculaire, aux gargarismes créolinés (1 pour 100 à 200) et, chez les enfants, aux injections buccales d'eau créolinée à

2 ou 5 pour 100. Les follicules enflammées se nettoyaient rapidement, la langue suburrale prenait meilleur aspect et l'haleine perdait son odeur fétide.

(*Bulletin général de Thérapeutique.*)

REMÈDE CONTRE LE RHUME DE CERVEAU

Kohler recommande les inhalations de camphre. Voici sa manière d'agir :

On met dans un vase, plus profond que large, une cuillerée à café de camphre en poudre ; on le remplit à demi d'eau bouillante et l'on réserve sur lui un cornet de papier triangulaire. Le sommet du cornet est déchiré au point qu'il soit possible d'y enfoncer tout le nez. On respire alors, pendant cinq à dix minutes, les vapeurs l'eau chargées de camphre. Ces inhalations sont à répéter toutes les quatre à cinq heures.

Même le catarrhe nasal le plus rebelle cède après trois inhalations; mais, ordinairement, il suffit d'une seule inhalation si l'on agit avec énergie et que l'on supporte pendant le temps nécessaire les vapeurs de camphre qui irritent assez fortement le nez et le pharynx. Les vapeurs d'eau qui entourent de toutes parts le nez provoquent une sudation abondante de la muqueuse du nez et du pharynx, de sorte qu'elles agissent aussi dans un sens favorable sur un catarrhe pharyngien concomitant.

Ce traitement est supérieur à tous les autres par sa simplicité, son bon marché et la rapidité de son action.

(*Schweitz. Woch. f. Pharm.*)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

Publications périodiques. — Travaux Originaux

The international dental journal (février 1889)

The treatment of proximate surfaces. — Le traitement des faces proximales.

Regulators and methods of correcting irregularities. — Régulateurs et méthodes pour corriger les irrégularités.

The implantation of teeth. — L'implantation des dents.

Improved separator for the incisors, cuspids and bicuspids. — Séparateur perfectionné pour les incisives, les cuspides et les bicuspides.

(Mars 1889)

The etiology of dental caries. — Étiologie de la carie dentaire.

The treatment of proximate surfaces.— Traitement des faces proximales.

Voluntary tooth movement, resulting in excessive interdental spaces. — Mouvement volontaire des dents ayant pour résultat des espaces intra-dentaires excessifs.

(Avril 1889)

The border land of calcification. — La région limitrophe de la calcification.

Removable bridge-work. — Travail à pont mobile.

The pulp and treatment of pulp canals. — La pulpe et le traitement des canaux pulpaires.

NOUVELLES

Les journaux professionnels anglais enregistrent la mort d'un de nos confrères d'Edimbourg, M. Hogue, décédé à l'âge de 97 ans.

L'Assemblée générale de l'Association des Dentistes allemands diplômés a eu lieu les 23, 24, 25 avril à Hambourg.

MM. Deny, Martin, Viller, D. E. D. P. ont été nommés démonstrateurs à l'École Dentaire de Paris.

SOCIETÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU MARDI 7 MAI

1. Présentation d'une matrice de M. le professeur Levett.
2. Observations d'obturations faites avec l'or cristallisé Contenau.
3. Présentation d'un abaisse-langue de M. Lemerle
4. Essais de gencive continue combinée avec le caoutchouc. Feuvrier.
5. Présentation d'un élévateur.

Vol. 9. Paris, Mai 1889 N° 5.

L'ODONTOLOGIE

L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1889

L'Exposition de 1889 marquera comme un des grands événements de la fin du xixe siècle. Notre temps et notre pays peuvent s'en enorgueillir à juste titre.

Cette efflorescence grandiose de l'esprit scientifique et du génie industriel, dont ce siècle a vu les commencements et les épanouissements superbes, confond quiconque y réfléchit et regarde les choses d'ensemble.

L'asservissement des forces de la nature poussé aussi loin, semble presque égaler les combinaisons merveilleuses de l'organisme vivant et participer de la puissance créatrice.

Nous sommes heureux d'avoir une petite place au milieu de cette représentation de notre civilisation.

Tous ceux qui s'intéressent aux efforts des dentistes français, verront avec plaisir que l'Ecole Dentaire de Paris et l'Association Générale des dentistes de France ne sont pas restées étrangères à cette grande manifestation du génie humain, et qu'elles y figurent avec honneur.

L'*Odontologie* a toujours eu pour ambition de tenir ses lecteurs au courant des derniers progrès; elle n'y faillira pas en cette circonstance.

En ne recherchant dans les galeries de l'Exposition que ce qui nous touche comme dentistes, nous pensons qu'il y a beaucoup à voir. Nous ferons notre possible pour signaler à l'attention de nos confrères tout ce qui mérite leur examen.

Tout en nous concentrant sur la classe XIV, qui nous concerne particulièrement, nous ne négligerons pas ce qui peut, en dehors d'elle, exciter notre attention et servir aux progrès de l'art Dentaire.

Cette revue commencera avec le numéro de juin.

Paul Dubois.

Quoique les objets garnissant notre exposition aient été

portés dès le 4 mai au palais des Arts Libéraux, il nous a été impossible de découvrir notre vitrine avant le 1er juin. Ce retard ne nous est pas imputable; il est dû aux entrepreneurs des aménagements de la section, qui n'ont terminé la pose des glaces que ces derniers jours. La rédaction du catalogue demandera encore quelque temps; il sera prêt le 15 juin. Tous les dentistes qui désireront en prendre connaissance pourront en demander un exemplaire aux gardiens de la section.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

Pathologie spéciale

AFFECTIONS DU SINUS MAXILLAIRE

Par M. Paul Dubois

Professeur suppléant, chargé du cours

Pour bien comprendre la pathologie du sinus, il est nécessaire de se remémorer les principales particularités anatomiques de cette cavité et d'avoir présentes à l'esprit les causes qui peuvent l'affecter. Je vous dirai quelques mots des unes et des autres.

ANATOMIE

Higmore, en 1651, fit le premier une description assez exacte du sinus maxillaire, de là le nom d'antre d'Higmore qui lui est quelquefois donné; pour les Anglais et les Américains, c'est la dénominationclassique, mais chez nous il est peu employé.

Quand on examine le sinus maxillaire sur un os sectionné comme celui que je vous présente, on voit qu'en négligeant les sinuosités de sa périphérie, on peut le représenter schématiquement comme une pyramide dont la base serait à la paroi orbitaire et le sommet à l'arcade alvéolaire sur un point correspondant aux racines externes de la première grosse molaire. Certains anatomistes, envisageant la cavité sur d'autres faces, ont placé la base à la fosse canine; cela est secondaire. Une ligne verticale passant par les points extrêmes à environ 0 m. 025 de la ligne horizontale antéro-postérieure 0.028, la capacité totale est de 8 à 10 centimètres cubes; l'antre d'Higmore est donc une cavité relativement considérable.

Les côtés de la pyramide sont : antérieurement le bord alvéolaire constituant la fosse canine, postérieurement la partie allant de l'apophyse zygomatique jusqu'à la tubérosité ; enfin, un troisième côté constitue la paroi interne s'ouvrant dans les fosses nasales.

Le sinus maxillaire montre de grandes variétés anatomiques, selon les individus et selon les âges ; chez l'enfant, il est d'une étendue proportionnelle inférieure à celle qu'il atteint chez l'adulte. Cattlin à qui l'on doit une des meilleurrs monographies sur la matière (1) a montré que sur le même individu il pouvait y avoir des différences notables entre le sinus du côté droit et celui du côté gauche.

La portion sus-alvéolaire est toujours mamelonnée, dans certains cas elle a des enfoncements accusés. Les mamelons se terminent parfois par des crêtes osseuses assez élevées, au point que quelques observateurs parlent de cloisonnement. Vous vous rendez bien compte combien cette inégalité du bord inférieur doit influer sur la marche des accidents, sur la réussite du traitement.

Les parois sont d'inégale épaisseur, très minces sur les fosses nasales, à la pointe de la pyramide, et sous l'orbite, elles ont une plus grande épaisseur vers l'apophyse zygomatique et le bord alvéolaire au-dessus de la première prémolaire, de la troisième grosse molaire et de la canine.

Sur le squelette, l'ouverture dans la cavité nasale est très grande, il n'en est pas de même sur le vivant ; la membrane pituitaire recouvre en grande partie cette ouverture qui ne montre qu'un ou deux petits orifices ; l'un est constant et se réduit à la dimension d'un manche d'excavateur, il est situé en haut dans l'infundibulum, l'autre plus rare, — Giraldès ne le rencontra que huit ou dix fois sur cent cadavres examinés, — à la hauteur du méat moyen. La situation élevée de l'orifice rend difficile l'écoulement spontané des liquides pathologiques accumulés dans le sinus, de là son oblitération possible et les désordres graves résultant des affections anciennes, quand il n'existe pas de fistule à la région inférieure.

Ce qui nous importe au plus haut point, ce sont les rapports du sinus avec les dents ; le diagnostic et le traitement ne peuvent avoir d'indications sérieuses qu'à la condition de les avoir bien présents à l'esprit.

Nous avons dit que la partie inférieure de la cavité constituait la pointe de la pyramide, cette pointe correspond aux racines de la première grosse molaire, le plan horizontal se relève à partir de ce point par trois lignes allant vers la fosse canine, vers la tubérosité, vers l'apophyse zygomatique.

---

1. Cattlin. Transactions of the Odontological Society of London Vol. II.

Ce maxillaire supérieur sectionné montre bien les rapports des racines des dents avec la partie inférieure du sinus. Vous constatez qu'une très mince lamelle osseuse sépare les racines externes de la première grosse molaire de la partie inférieure de

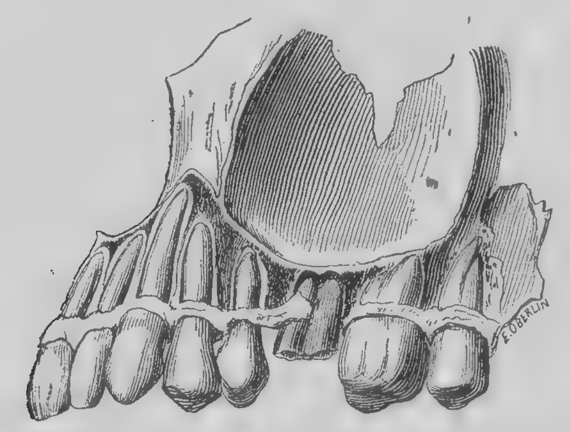


Fig. 1. — Maxillaire supérieur sectionné montrant les rapports de voisinage entre le sinus maxillaire et l'extrémité des racines des dents.

la cavité, qu'à partir de ce point l'épaisseur de l'os interposée va en augmentant progressivement jusque vers la fosse canine et la tubérosité qui limitent en avant et en arrière le sinus. Non seulement l'os est très mince sur ce point, mais il est spongieux. Dans quelques cas les racines pénètrent directement dans le sinus, les conséquences pathologiques en sont évidentes. Si nous voulons établir les probabilités d'infection du sinus par le plus ou moins de distance qui le sépare des racines des dents voisines, nous fixerons l'ordre suivant :

1. Première grosse molaire.
2. Deuxième prémolaire.
3. Deuxième molaire.
4. Canine et troisième molaire.

A ces notions d'ostéologie on doit ajouter que le sinus maxillaire est tapissé dans toute son étendue par la prolongation de la membrane pituitaire ou membrane de Schneider. Cette membrane doublée d'un périoste est très vasculaire et riche en glandes, de là sa susceptibilité d'inflammation.

Pathologie

La cause la plus fréquente des maladies du sinus maxillaire est l'état pathologique des dents les plus voisines de son bord

inférieur mais, quand ce ne serait que pour établir le diagnostic, il est bon de connaître comment il peut être atteint autrement.

Les parois minces du sinus sont merveilleusement charpentées pour résister aux chocs, tout en allégeant le poids de la face. Malgré cela, des traumatismes graves peuvent les fracturer : projectiles, balles de revolver, éclat d'obus, choc d'instruments contondants, coup de poing américain, etc., etc.; le traumatisme opératoire succédant à une extraction malheureuse peut ouvrir le sinus au bord alvéolaire. Delestre (1) cite plusieurs observations de ce genre : dans l'une d'elles la portion de maxillaire enlevée comprenait les trois dernières molaires. Cette sorte d'accidents était fréquente avec l'usage de la clef; nos instruments d'extraction actuels sont moins dangereux, mais pourtant l'enfoncement de l'alvéole au-dessous du sinus est toujours à craindre et, pour mon compte, j'ai eu connaissance de deux accidents d'enfoncement du sinus, l'un était imputable à un praticien certainement adroit et compétent.

Toutes les nécroses du maxillaire supérieur peuvent mettre le sinus à découvert, cela est surtout fréquent dans la nécrose phosphorée,

Le voisinage et la communication directe avec les fosses nasales expliquent bien que les affections graves qui y siègent puissent s'étendre au sinus par continuité. Le simple rhume de cerveau lui-même crée un état inflammatoire de la membrane de Schneider et j'ai déjà signalé (2) que cette inflammation pouvait faire croire à une périostite : cela m'a été confirmé par l'observation personnelle d'un de mes collègues qui, à la suite d'un corysa, a souvent une poussée de périostite sur les racines avoisinant le sinus. Donc les affections du nez peuvent retentir sur le sinus. Il en est de même pour les tumeurs de l'orbite.

Les corps étrangers peuvent avoir aussi une influence nocive.

Les épistaxis graves peuvent faire que le sang s'engage dans le sinus, s'y coagule et s'y corrompe; on a parlé aussi de vers y pénétrant par les fosses nasales mais les observations ne sont pas absolument authentiques. Sur le cheval on a une observation de décès et d'autopsie à la suite de la présence d'une mouche. Les corps étrangers qui pénètrent dans le sinus y sont surtout introduits à la suite de traumatismes, d'esquilles osseuses, de balles; Béclard cite le fait de la pénétration d'un bout ferré terminant un manche de parapluie ; on voit que cet instrument utilitaire peut devenir une arme offensive. Le traumatisme opératoire a été bien plus souvent que le traumatisme accidentel la cause de pénétration de corps étrangers; les racines et les fragments d'alvéole peuvent s'y engager; Holmes parle d'une mèche

---

(1) Delestre. *Des accidents causés par l'extraction des dents*

(2) *Aide-mémoire du Chirurgien-Dentiste.* 1re édition, p. 51.

à pansement qui avait outrepassé le canal. Si le sinus est ouvert comme après certaines extractions, même heureuses, des parcelles alimentaires peuvent s'y loger.

L'évolution vicieuse, surtout par erreur de lieu, peut déterminer des désordres graves et, parmi les affections du sinus soignées par moi à la clinique de l'Ecole, une était due à l'éruption d'une prémolaire en dehors de l'arcade chez un jeune garçon de douze ans. *Le Traité des anomalies dentaires*, de Magitot, montre plusieurs dents ayant évolué dans dans le sinus.

J'ai dû vous mettre en garde contre la méconnaissance des causes autres que les complications de la carie dentaire; pourtant il ne faut pas oublier qu'elles sont de beaucoup plus fréquentes : 4 sur 5 et ce n'est qu'après être bien assuré de leur non-existence qu'on peut envisager les autres hypothèses.

Ce que nous avons dit de l'anatomie topographique explique bien le processus pathologique; qu'une périostite phlegmoneuse, un abcès alvéolaire chronique, un kyste radiculaire siège à l'une des dents voisines de la cavité et la perforation du sinus peut s'ensuivre; le pus au lieu de s'écouler au dehors se collecte dans cette cavité presque fermée, ou au moins d'écoulement très difficile; il donne lieu à une inflammation de la membrane qui la tapisse et cela peut amener une oblitération complète; l'accentuation des lésions osseuses en résulte ainsi que l'extension aux parties voisines.

Les accidents oculaires sont fréquents,les accidents cérébraux, méningite, encéphalite, ont été observés. La rétention des liquides morbides crée une dilatation de la cavité, un amincissement des parois osseuses, alors la pression exploratrice du doigt donne cette crépitation, cette sensation de froissement de parchemin des cavités osseuses amincies et dilatées.

Le pus et les liquides accumulés dans la cavité se corrompent rapidement, y deviennent fétides, le malade perçoit l'odeur nauséabonde qui en résulte. On comprend bien que, dans la station verticale, le sinus doit être presque plein pour se vider puisque l'orifice est situé à la partie supérieure de la cavité; il n'en est plus ainsi quand le malade est couché du côté opposé : dans cette position le liquide peut spontanément s'écouler au dehors, aussi arrive-t-il souvent que l'oreiller en est taché,il peut en être de même après des efforts d'expiration énergique comme dans l'action de se moucher.

Le séjour du pus peut donner lieu à la formation d'une ou plusieurs fistules ; si elles siègent aux parties déclives la suppuration a un drainage naturel et les désordres sont plus limités, les fistules à la joue sont plus défavorables. La simple collection purulente, l'irritation prolongée peuvent donner naissance à un néoplasme. C'est l'exception et le catarrhe du sinus est la forme très généralement observée, à la suite de la carie dentaire.

La déglutition prolongée du pus peut causer des désordres des

voies digestives, une cachexie pyohémique. Le plus souvent les désordres généraux ne sont pas observés.

Les douleurs résultant du catarrhe simple ne sont pas très intenses, elles sont vagues, sourdes, s'irradiant sur tout le côté malade, la mobilité de la dent ou racine, cause de l'affection, est grande, cette mobilité peut s'étendre aux dents contiguës. Par compression et irritation des liquides les filets nerveux voisins peuvent être influencés, de là les névralgies sous-orbitaires et faciales. Il est rare de rencontrer des affections du sinus chez les enfants,ils n'en sont pourtant pas exempts,ainsi que le prouve le cas cité par moi ; tout récemment l'*Odontologie* a fait connaître un autre cas emprunté au *Lancet* (1889 p. 187) où un abcès résultait de la carie d'une canine temporaire chez une petite fille de 8 ans.

Il est rare que les deux sinus soient malades simultanément ou consécutivement, pourtant Heath et Tomes ont eu des cas de ce genre.

Le pronostic de l'abcès simple est généralement bénin quoique la guérison définitive tarde souvent à s'établir, celui des néoplasmes est plus grave ; l'intervention chirurgicale est alors de rigueur et l'on ne peut se prononcer qu'après édification sur l'étendue et surtout sur la nature de la tumeur. Les affections du sinus ont parfois déterminé des mutilations de la face, la perte d'un œil, des accidents mortels.

DIAGNOSTIC

La preuve directe de l'état pathologique du sinus s'établit par la pénétration d'une sonde dans la cavité, si, au-dessus des alvéoles des dents suspectes on pénètre de plus d'un ou deux centimètres, il ne peut y avoir doute à cet égard ; dans le sens antéro-postérieur on doit pénétrer au moins d'autant.

Comme l'accumulation du pus crée fréquemment des fistules ou que la nécrose est révélée par l'extraction, l'exploration à l'aide d'une sonde flexible est presque toujours assez aisée ; il peut très bien ne pas en être ainsi, la fistule étant sinueuse et offrant des obstacles à la pénétration de la sonde la plus souple, alors la preuve ne s'établit que par des moyens indirects. L'injection d'une certaine quantité d'eau, 4 et 5 grammes par un orifice fistuleux, serait une preuve évidente, si le liquide n'était pas rejeté ou s'il ne l'était que par la narine correspondante.

L'écoulement du pus par le nez, le malade étant couché du côté opposé à celui qui est malade, crée également une quasi certitude. La tuméfaction de la joue, la sensation de crépitement à la palpation digitale sont des indices sérieux, l'extraction des dents et racines malades confirme le diagnostic en ouvrant une issue aux liquides accumulés, en permettant l'exploration par la voie de l'alvéole.

D'autres moyens d'enquête ont été conseillés : ponction exploratrice à la fosse canine ou sur un autre point du bord alvéolaire, cathétérisme du sinus. Nous avons vu que l'orifice du sinus est placé très haut, une sonde exploratrice ne peut aisément l'atteindre, et dans les cas où la ponction par cette voie a éclairé le diagnostic, on a dû cela plutôt à une perforation de la membrane, qu'au cathétérisme par l'orifice naturel.

Si la carie de la canine, de la première prémolaire, de la troisième molaire sont susceptibles de déterminer une nécrose allant jusqu'au sinus, on n'oubliera pas que cela est exceptionnel, un abcès alvéolaire provenant d'une canine ou d'une incisive latérale peut donner lieu à une exfoliation osseuse étendue et profonde dans la direction de la branche montante, sans que pour cela le sinus soit envahi. J'ai constaté plusieurs fois à la clinique de ces cas douteux.

Ainsi, à défaut de la pénétration directe, la localisation de la tuméfaction osseuse, l'écoulement spontané par le nez sont des indices graves que confirme l'extraction des dents et des racines suspectes.

TRAITEMENT

Le traitement des abcès du sinus est sur la limite de notre pratique ; ils peuvent céder à notre intervention, nécessiter l'action chirurgicale. Je suis bien convaincu que le dentiste, mieux que quiconque, peut être heureux contre ce genre d'affections, à condition qu'il n'y ait pas tumeur ou lésions osseuses étendues.

L'abcès du sinus constaté, on enlèvera au plus tôt la ou les dents malades suspectes ; s'il en existe plusieurs, on avulsera tout d'abord celles qui sont dans le voisinage immédiat du plancher de la cavité dans l'ordre que je vous ai fait connaître : l'extraction aura pour conséquence immédiate l'écoulement du pus par la voie alvéolaire, et cela procurera un soulagement très sensible ; on favorisera l'évacuation complète du sinus en pressant avec le doigt sur les parties tuméfiées. Des irrigations abondantes de solutions antiseptiques achèveront le nettoyage de la cavité.



Fig. 2. — Appareil en caoutchouc vulcanisé portant un tube à drainage.

Le lendemain on procédera à la préparation de la bouche pour la pose d'un petit appareil de prothèse portant un tube à drainage.

Il est primordial, pour tarir les collections purulentes du sinus, de satisfaire tout d'abord à deux conditions : assurer l'écoulement des liquides pathologiques, empêcher la pénétration des parcelles alimentaires dans la cavité, cela ne peut s'obtenir que par la confection d'un petit appareil.

Le coton obture mal l'ouverture alvéolaire ; il risque de s'engager au delà, il s'infecte rapidement ; le tube à drainage ordinaire a des inconvénients moindres ; il n'en est pas moins un drain imparfait : il flotte, il se fixe mal, il se casse et se bouche tout en ne fermant qu'incomplètement l'ouverture. Le dentiste peut faire mieux en lui substituant un tube fixe assurant aisément l'écoulement et les lavages répétés, tout en préservant la cavité de la pénétration des corps étrangers et de l'infection externe.

L'appareil est donc un adjuvant essentiel du traitement ; celui-ci, fait par M. Bartelott, sur mes indications, vous donnera une idée de sa construction, quand les molaires manquent du côté malade.

Après avoir placé un morceau de bois enduit de cire dans l'alvéole, en le laissant dépasser dans la bouche, on prend modèle comme on le ferait pour une dent à pivot, puis on construit le petit appareil en caoutchouc ou en métal en s'appuyant sur les dents les moins éloignées : la plaque de support reçoit à la partie correspondante à la perforation un tube métallique de 0 m. 003 de diamètre avec une longueur de 0 m. 02 ; ce tube est percé sur le côté à différentes hauteurs, afin de permettre l'irrigation et l'écoulement. En plus de sa fixité et de sa propreté, ce petit appareil a l'avantage de permettre dans la période de déclin de pratiquer l'occlusion complète à titre d'essai ; on fait boucher l'ouverture externe du tube par un morceau de bois, on laisse en place pendant 24 ou 48 heures en interdisant les déplacements de l'appareil et les lavages, puis on observe la quantité et la nature du liquide ayant séjourné dans la cavité pendant la période d'occlusion.

L'ouverture du sinus par l'alvéole après l'extraction est généralement suffisante ; si elle n'atteint pas 0 m. 03 de diamètre on l'agrandira à l'aide d'une fraise montée sur le tour ou au besoin d'un trocart ; des mouvements brusques de l'opérateur ou de l'opéré pourraient faire que l'instrument s'engageât trop loin et blessât le plancher de l'orbite. Afin d'empêcher cet accident, Coleman fit construire un petit trocart ne pouvant pénétrer que d'un centimètre au delà de la gencive, grâce à un bourrelet placé en conséquence.

Si on a la preuve de la présence d'un corps étranger, il faudra l'attirer au dehors, en l'entraînant dans un liquide d'irrigation

si possible. Au besoin on ouvrirait largement et on irait chercher le corps étranger avec le petit doigt.

Il est bon de commencer le traitement par une injection irritante, afin de modifier la texture de la muqueuse inflammée et de favoriser sa réparation cicatricielle.

Du chlorure de zinc 10/100, de la teinture d'iode 30/100 une solution de nitrate d'argent 10/100 agiront dans ce sens. Afin de ne pas provoquer d'irritation du côté de l'orbite et des fosses nasales, on n'injectera que 3 ou 4 grammes. Ces injections ne seront faites qu'au début du traitement, elles pourront être renouvelées une ou deux fois au plus, on laissera un intervalle de huit jours entre chacune car elles provoquent une réaction inflammatoire assez douloureuse. A cette ou à ces injections que le dentiste fera lui-même, on ajoutera les irrigations faites par le malade; celles-ci seront à dose détersive et antiseptique : chlorure de zinc 1/125; permanganate de potasse 1/100, teinture d'iode, acide phénique 3/100, acide borique 4/100, eau oxygénée 10/100; elles seront fréquemment renouvelées une fois toutes les deux heures pendant les premiers temps, puis quatre fois par jour jusqu'à guérison. Mes préférences sont pour le chlorure de zinc; il a à la dose ci-dessus une action dessiccatrice et substitutive parfaite. Dans la période de déclin on pourrait substituer le sulfate de zinc au chlorure.

Sulfate de zinc.................	2	grammes.
Laudanum de Sydenham........	2	—
Eau distillée....................	400	—

Dans les cas rebelles on pourra alterner et substituer à un des liquides ci-dessus l'un de ses analogues afin d'éviter l'accoutumance.

On a recommandé d'autres moyens : des insufflations d'iodol en poudre. Tout récemment Abbott préconisait, d'après Mewborn, des vaporisations, elles ne peuvent être que bienfaisantes.

Certains chirurgiens, Dessault entre autres, ont conseillé de trépaner le sinus à la fosse canine; cela ne vaut pas la trépanation à la région alvéolaire, car alors l'ouverture n'est plus à la partie inférieure; on comprend que par ce moyen l'évacuation des produits morbides soit moins bien assurée, le lavage thérapeutique moins facile. Ce que nous avons dit du cathétérisme du sinus à propos du diagnostic montre que cela n'est pas praticable pour le traitement. Quand même l'affection ne serait pas une complication de la carie dentaire, et que toutes les dents seraient saines, il serait bon d'enlever la première molaire pour trépaner l'alvéole sur le point le plus déclive de la cavité. La perte d'une dent est chose secondaire en présence des éventualités graves que doit faire craindre une collection purulente siégeant au sinus maxillaire et la suppression de celle-ci est ce qui importe au premier chef.

Un des signes précurseurs de la guérison est dans la transformation de la sécrétion, qui de sanieuse et d'infecte, comme au début, devient muco-purulente. Dans l'abcès simple bien traité, c'est à peine si, après quelques semaines, on voit s'écouler un liquide clair chargé de bulles d'air; il semble plutôt une hypersécrétion de la muqueuse qu'un exsudat pathologique.

Nous avons vu que les abcès du sinus ne guérissent que lentement probablement par suite de la nécrose osseuse préexistante; on ne devra donc pas s'étonner de n'obtenir des résultats dans les suppurations chroniques qu'au bout de quelques semaines et même de plusieurs mois. Il est mauvais de laisser fermer trop tôt. L'appareil permet toujours de se rendre compte de l'état du sinus en tâtant sa susceptibilité à l'occlusion. Quand on juge la guérison obtenue, on substitue à l'appareil à tube une plaque obturatrice, en se réservant de revenir au premier appareil s'il y a intolérance.

Si la fistule est bien fermée depuis plusieurs semaines, sans que cela ait provoqué de la réaction inflammatoire, on a toute raison de croire à la guérison radicale. L'ouverture du sinus maxillaire, à la suite d'une opération sans lésion antérieure ou post-opératoire, se cicatrise toute seule; toutefois on favorisera la réunion des bords en badigeonnant la surface avec la dissolution épaisse de gutta-percha enduite de tannin.

Si la guérison tardait à s'opérer, surtout si la tuméfaction persistait, il y aurait probabilité de néoplasmne ou de nécrose étendue.

Dans le cas d'abcès simple consécutif à une dent cariée, notre intervention sera presque toujours heureuse; il n'en est plus ainsi quand l'affection a une autre origine ou quand le désordre est ancien et grave avec complication de tumeur. Dans ce cas, comme pour la fracture du maxillaire inférieur, la collaboration du chirurgien et du dentiste sera des plus profitables au malade, et il est toujours bon d'y faire appel.

Bibliographie

Giraldès : *Des maladies du sinus maxillaire*, *1851*. — Chayron : *Des abcès du sinus maxillaire* Th. de Paris 1856. — Cattlin : in transactions of the Odontolog. Soc. of London 1861. Smith : *Note on some cases in Dental Surgery* : in British-Journ. of Dent. Science n° 1. 1867. — Thouvenin : *Ozène du sinus maxillaire guéri par des injections de permanganate de potasse.* — In. Gaz. des Hôpit. n° 111. 1868. — Guyon : *Maxillaires* in. Diction. Encycl. des Soc. Méd. 1874. — Salter : *Dental Pathology and Surgery.* — London : 1874. — Bousquet : *Etude sur les abcès développés dans le sinus maxillaire.* — Th. de Paris : 1876. — Soulès : *Contribution à l'étude des polypes muqueux du sinus maxillaire.* — Th. de Paris : 1878. — Trémoureux :

Pathogénie des abcès du sinus maxillaire. — Th. de Paris : 1880. — De Madec : *Des abcès du sinus maxillaire.* — Th. de Paris : 1881. — Coleman : *Manual of Dental Surgery and Pathology.* — London 1881 : Du même, traduction française du Dr Darin. Paris 1886. Gleize : *Etude sur les fistules du sinus maxillaire.* — Th. de Paris 1882. Heath : *Injuries and diseases of the Jaws.* — London : 1884. Du même, traduction française du Dr Darin, Paris 1888. Garrnetson : *A System of Oral Surgery.* — Philadelphia 1884. Dubois, Aubeau, Thomas : *Aide-Mémoire du Chirurgien-Dentiste* 1885. — Brasseur : *Chirurgie des dents et de leurs annexes.* — In. Encyclop. Intern. de Chirurgie 1886. — Abbott : *Disease of the Antrum due to Dental complication and its treatment.* — Dental Cosmos 1889 p. 81.

PROCÉDÉ POUR OBTENIR LE PARALLÉLISME DES PIVOTS A TUBES DANS LES APPAREILS A PONT

PRÉSENTATION D'UN NOUVEL INSTRUMENT PAR CH. GODON

Depuis quelques années, on a remis en honneur dans la pratique professionnelle l'antique pièce à bandeau, sous le nom plus moderne et plus américain de *bridge-work* (pièce à pont). Les pièces à pont sont assez souvent, surtout lorsqu'elles comprennent plusieurs dents, soutenues par des pivots, pénétrant dans les racines qui se trouvent sur le parcours de l'appareil.

Mais pour mettre plusieurs pivots à un appareil, il se présente une difficulté : *il faut que les pivots soient parallèles entre eux.*

Comment obtenir ce parallélisme ?

On a imaginé plusieurs procédés qui tous ne donnent que des résultats approximatifs. Cela pouvait être suffisant pour des pivots fixés à même la racine ; mais lorsque l'on emploie des tubes ou gaînes métalliques, comme les pivots Godart dont je me sers toujours depuis leur invention, le parallélisme doit être d'une précision mathématique.

Il y a quelques mois, j'eus à faire, pour un jeune homme qui ne voulait pas avoir la bouche embarrassée, un appareil à pont, soutenu par deux pivots comprenant les huit dents antérieures et deux grosses molaires.

Après avoir aurifié toutes mes racines, sauf les deux sur lesquelles je projetais de faire mes pivots, j'eus à fixer mes deux tubes, — l'un dans la racine de la canine du côté gauche et l'autre dans la racine de l'incisive centrale droite, la racine de la canine du même côté étant trop mauvaise pour recevoir un tube.

Il fallait absolument que les deux tubes fussent parallèles : c'était la difficulté.

Le procédé qui consiste à placer du fil de métal, deux équarrissoirs par exemple, dans le canal et à juger du parallélisme à l'œil nu par la direction des parties dépassant la racine ne me paraissait pas suffisamment précis. Je ne connaissais pas d'instrument spécial pour le cas. J'eus l'idée de faire faire à mon laboratoire en quelques minutes le petit appareil que je vous présente et qui, comme vous voyez est très simple (Voir figure 1.)



Fig 1. — Appareil simple constitué par deux fils de cuivre courbés à angle droit.

Il se compose de deux fils de cuivre ronds à peu près de la grosseur du pivot, courbés chacun à angle droit, les deux parties horizontales réunies par une ou deux charnières permettant le glissement et par suite le rapprochement ou l'éloignement des deux tiges verticales devenues ainsi parallèles.

Les deux tiges verticales servent, comme on le comprend bien, à pénétrer dans les tubes et pendant leur fixation, au ciment, à l'amalgame ou à l'or, à les maintenir parallèles entre eux dans les racines. Pour plus de justesse on peut, comme on le voit dans la figure en question, souder à l'étain, au bout des deux tiges verticales, les deux pivots destinés à pénétrer dans les racines, ou leurs semblables en cuivre.

Dans le cas cité, pour le premier pivot à fixer, je me servis de ce premier appareil.

Pour fixer le second pivot, à une séance suivante, je me servis d'un deuxième appareil, construit d'après les mêmes principes, mais auquel, mon mécanicien et moi, nous fîmes subir quelques modifications pour obtenir encore plus de précision. (Voir fig. 2.)

La tige horizontale se compose cette fois d'un long tube ouvert

à sa partie inférieure pour permettre le glissement d'une des deux tiges verticales maintenues à leur partie moyenne par deux autres tiges horizontales.

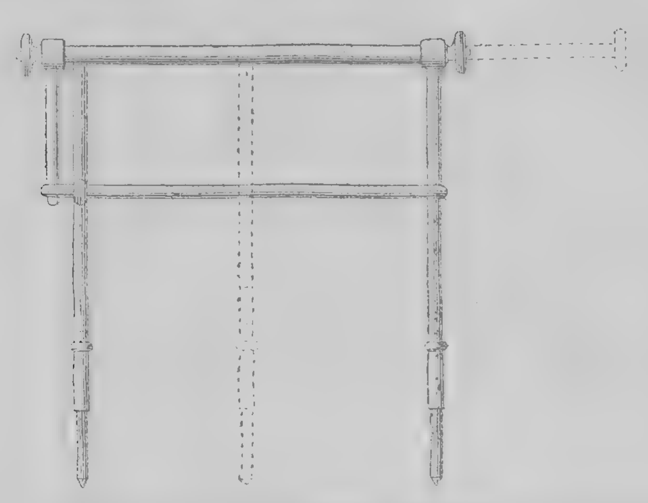


Fig. 2. — Appareil assuraut le glissement par une tige et un tube emboités.

Les deux tiges verticales portent à leur extrémité un tube fondu sur les côtés comme les porte-crayons et maintenu par une virole, ce qui permet d'y placer les deux pivots sans être obligé de les souder.

Les tubes furent placés dans les racines à l'aide de ces deux instruments; je pus ainsi sortir dans mes empreintes au plâtre mes deux pivots parallèles et faire pour mon patient deux appareils à pont qu'il peut mettre indistinctement sans sentir la moindre différence et la moindre gêne. Mon patient, qui est un ancien élève de l'Ecole centrale, suivit avec intérêt ce petit travail. Il m'apporta, quelques jours après, le dessin d'un appareil plus complet que les deux précédents et que je me promets de faire exécuter par un de nos habiles fabricants.

Cette fois, l'instrument est plus perfectionné, tous les mouvements se font plus facilement; une tige horizontale dont l'extrémité est filtée permet de faire avancer ou reculer lentement la tige verticale; les deux tiges verticales sont également filtées à leur extrémité supérieure, et un écrou permet de faire sortir le pivot de la racine pendant qu'un collier en métal placé à l'extrémité inférieure maintient par son bord inférieur le tube à sa place et l'empêche de sortir de la racine, ce qui est utile lorsqu'on se sert, comme je le fais souvent, de l'amalgame pour fixer les tubes.

Cet appareil me semble absolument parfait quant au résultat à

obtenir, mais il est un peu plus compliqué, ce qui a l'inconvénient d'augmenter le prix de la fabrication.

Mais, à son défaut, les deux premiers peuvent suffire et ils ont le grand avantage de pouvoir être construits immédiatement par le praticien lui-même lorsqu'il en aura besoin.

Il est évident aussi qu'avec ces appareils ont peut également obtenir le parallélisme de trois, quatre, cinq, etc., pivots, si on le juge nécessaire, en procédant deux par deux, d'après ce théorème de géométrie qui dit que *deux lignes parallèles à une troisième sont parallèles entre elles.*

PRÉSENTATION D'UNE NOUVELLE MATRICE, MODÈLE DE M. LE PROFESSEUR LEVETT

Par M. P. DUBOIS

M. Levett m'a chargé de vous présenter la matrice dont il est l'inventeur. Quoique l'usage des matrices comme auxiliaires de l'obturation remonte à une date assez éloignée, elles n'ont été employées couramment que depuis quelques années et Herbst y a été pour beaucoup. Nombre de modèles ont été suggérés : les uns n'assurent pas la fixité, dans les autres elle est obtenue au prix d'un mécanisme assez compliqué. Je ne sais si vous serez de cette opinion, mais j'estime qu'une matrice doit, pour rendre des services, être de placement et d'enlèvement faciles tout en assurant la liberté opératoire et en ayant une grande fixité. Les matrices avec vis et écrous sont trop compliquées, celles faites avec un ressort de pendule faisant pincettes sont à mes yeux très utilisables à condition qu'elles n'aient pas le repli postérieur du modèle de Miller — le repli empêche de tirer de

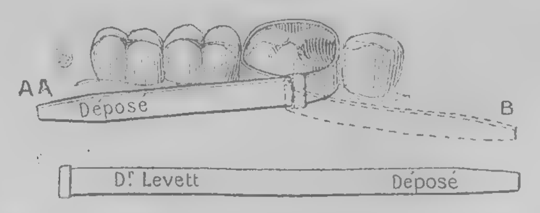


Fig. 1. — Matrice Levett avant et après le placement.

dedans en dehors et oblige à l'enlèvement de bas en haut — ce qui peut ébranler ou faire éclater la matière obturatrice, principalement quand il y a eu reconstruction.

On en saisit bien le mécanisme ; elle consiste en une petite cravate métallique, le bout libre est replié sur l'anneau ; le placement opéré, un mouvement contraire l'enlève.

Il m'a semblé que la matrice de M. Levett satisfaisait aux principales conditions. Elle est de placement facile, elle s'enlève par un mouvement de dedans en dehors sans risque de heurter la matière obturatrice, elle permet le foulage énergique sans qu'il y ait crainte de dérangement. Je la crois appelée à prendre place parmi les meilleurs modèles.

EMPLOI DE L'OR CRISTALLISÉ

Démonstration faite, le 6 avril 1889, à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris, par M. le professeur Levett, sur l'emploi de l'or cristallisé Contenau et Godart.

Par M. Dargent, élève du service

Observation revue par le professeur

La maison Contenau et Godart ayant, depuis peu de temps, produit une nouvelle préparation d'or cristallisé dont les premiers essais ont paru réaliser certains avantages de manipulation et surtout une économie de temps précieuse pour l'opérateur, M. le professeur Levett en a fait l'objet d'une démonstration, le 6 avril dernier, en présence d'un auditoire de vingt à vingt-cinq praticiens : professeurs, démonstrateurs et élèves de l'Ecole, ainsi que de dentistes de Paris.

Le but que se proposait M. le professeur Levett n'était pas de démontrer la supériorité de ce nouvel or sur ceux en usage, mais uniquement d'en faire un essai à l'effet de vérifier les qualités qu'on lui attribue; la résistance et la durée étant absolument réservées et ne pouvant être déterminées que par le séjour de l'or dans la cavité buccale pendant un temps plus ou moins long.

M. le Dr Levett a fait ses opérations d'essai dans deux caries affectant des parties de dents distinctes et que l'on aurifie ordinairement par deux méthodes différentes :

La première, située à la face postérieure de la première prémolaire supérieure gauche et étendue du bord cervical à la face triturante de la dent, est habituellement obturée avec l'or adhésif qui, seul, présente les conditions parfaites de solidité nécessaires dans la reconstitution de cette partie de dent détruite par la carie ;

La seconde, placée à la face broyante de la première molaire inférieure droite et limitée par des parois solides, est généralement comblée avec l'or mou.

Il s'agissait, dans le premier cas, d'une carie du 4e degré et, dans le second cas d'une carie du 2e degré.

Il est essentiel de faire remarquer préalablement que, pour l'emploi de l'or Contenau et Godart, la préparation de la cavité n'exige pas la minutie qu'exige l'or adhésif, dont les premiers fragments n'ont quelque chance de fixité que lorsqu'ils sont introduits dans des points de rétention creusés à la partie cervicale, ou dans une rainure soigneusement pratiquée à la périphérie de la cavité.

Le nouvel or contractant, comme l'amalgame, même par le premier fragment, une adhérence parfaite aux parois avec lesquelles il est mis en contact, il s'en suit que la cavité peut être préparée comme s'il s'agissait d'y loger soit un amalgame, soit un ciment.

M. le Dr Levett a commencé par la reconstitution de la face postérieure de la première prémolaire supérieure gauche et, après avoir mis la digue autour de cette dent et de la deuxième prémolaire voisine, il a entouré la couronne d'une matrice qu'il a assujettie en moins d'une demi-minute.

Cette matrice est due à M. le Dr Levett et porte son nom.

L'or introduit dans la cavité à l'aide de brucelles y est maintenu puis condensé avec les fouloirs d'or en éponge. L'or adhère et se tasse parfaitement. Le maillet automatique achève de le transformer en un véritable bloc sur lequel les pointes produisent un coup ferme et net indiquant bien que l'or introduit et la dent sont intimement unis.

En 35 minutes la dent a été reconstituée, mais ce temps eût été certainement réduit à 30 minutes si l'opérateur n'avait offert à quelques-uns des assistants d'examiner, au cours de l'opération, les résultats obtenus après le tassement de chaque couche d'or.

La quantité d'or employée peut être l'équivalent de trois feuilles d'or adhésif qui eussent demandé un travail de 1 heure un quart à 1 heure et demie.

L'aurification de la seconde dent a été faite en 5 minutes 1/2 avec l'équivalent de 2 feuilles d'or.

Cette expérimentation de l'emploi de l'or Contenau et Godart a particulièrement frappé les assistants par la facilité de manipulation et par le peu de temps qu'elle demande.

L'aspect de l'aurification polie est également favorable à cet or, mais il a paru que la condensation à la phériphérie n'était pas partout aussi compacte qu'à la partie centrale ; cette différence de densité est probablement due a la difficulté d'une condensation perpendiculaire au bord latéral de la carie, dans la petite molaire, rendue presque impossible par la matrice qui,

enserrant les bords latéraux, empêche de doubler ces derniers avec une certaine quantité d'or en excès qui, bien foulé à son tour, unit intimement l'or au contour de la dent.

Il est cependant permis d'avancer sans crainte d'erreur que si l'on est en présence d'une carie dont tous les bords soient accessibles à une force perpendiculaire ou s'en rapprochant beaucoup, comme sont celles qui atteignent si fréquemment la face triturante des molaires, l'adhérence de l'or à la paroi pourra être poussée au point de résister à la pénétration d'un instrument à petite pointe agissant de force.

Tel était le cas de la seconde démonstration de M. le Dr Levett.

Pour conclure, M. le Dr Levett ne croit pas que l'or adhésif soit complètement supplanté par le nouvel or de Contenau et Godart, notamment dans les cas de reconstitution de quelque importance, mais il est d'avis que ce produit peut toujours être employé, avec économie de temps, dans tous les cas où l'on a recours à l'or mou, et il se réserve en ce qui concerne la durée du travail achevé, qu'une longue observation pourra seule déterminer avec certitude.

NOUVEAUX ESSAIS DE GENCIVE CONTINUE

Par M. Feuvrier.

Le système d'appareils le plus parfait que nous ayons à notre disposition pour rendre à la bouche son aspect naturel quand plusieurs dents sont absentes est celui à gencive continue. Il permet de faire un travail artistique irréprochable comme coloration des dents et des gencives, il satisfait absolument à l'esthétique professionnelle.

Des difficultés d'exécution, les inconvénients de la lourdeur, pour les appareils fixés sur la mâchoire supérieure, ont empêché la généralisation du système quels que soient ses avantages d'autre part.

J'ai voulu contribuer comme nombre de mes collègues de la Société d'Odontologie à l'Exposition de l'Ecole dentaire de Paris, et je soumets à l'appréciation de mes confrères deux appareils à gencive continue de systèmes différents. Afin d'être utile à ceux qui ne sont pas très familiarisés avec ce genre de travail, je donnerai quelques détails sur leur mode d'exécution.

Etant donné un appareil à succion, à gencive continue et à dents à tube comme le spécimen n° 1, on estampe une plaque de platine comme à l'ordinaire tout en ménageant un rebord

léger sur tout le pourtour de la plaque. Les dents à tube ajustées comme à l'ordinaire, les tiges sont soudées à l'or fin. Le sertissage qui les entoure est fait avec du platine mou très mince, il est fait un peu plus petit que la dent elle-même, de manière à s'ajuster serré, il est bon même de forger un peu les bagues pour qu'il en soit ainsi. Le brunissoir achève l'ajustement de la bague autour de la dent. Les bagues terminées je les place avec la dent correspondante sur la plaque, puis il est fait en arrière et en avant, face palatine et face labiale, des trous destinés à recevoir de très petites goupilles fixant la bague à la plaque à la place indiquée. L'ajustement de la bague sur la dent doit être très exact, sur la plaque on peut être moins exigeant, la soudure et l'émail combleront les petits vides. Les goupilles sont d'abord soudées, puis les dents avec leurs bagues sont essayées à nouveau, une encoche fixe légèrement la bague à la goupille, enfin, les dents retirées, goupilles et bagues sont soudées par très peu d'or fin à la plaque de platine.

La pièce arrivée à ce point montre une plaque de platine avec dents à tube montées dessus, les dents étant serties à leur partie inférieure dans des petites bagues du même métal, ressemblant à un petit alvéole artificiel.

Ces bagues ont des fois trop de hauteur on les coupe avec des ciseaux, la lime les déformerait trop ; la dent remise on redresse au brunissoir, puis on procède au travail céramique proprement dit.

J'emploie les émaux, corps et émail, de Allen.

J'applique ma pâte pour le corps et je retire les dents. Je fais une première cuisson. Comme la pâte à la cuisson se rétrécit beaucoup et quelquefois laisse de petites gerçures, je comble les gerçures et remets un peu de corps sur les parties trop affaissées et je fais une nouvelle cuisson. A ce point, il ne reste qu'à mettre l'émail rose et cuire une troisième fois la pièce refroidie. Je mets les dents en place et la pièce est terminée.

Toutefois, je dois ajouter qu'il faut prendre beaucoup de soin pour ne pas laisser pénétrer d'émail sur les parois des alvéoles, car l'émail, une fois vitrifié, s'il est mince, ne s'aperçoit pas facilement. On a alors beaucoup de peine à le retirer pour pouvoir mettre les dents.

Pour la pièce à gencive continue et caoutchouc, comme le spécimen n° 2, je procède ainsi. J'estampe une petite plaque de platine au n° 5. Ma plaque estampée, je plie le bord, comme il a été dit précédemment, je mets ma plaque sur mon modèle et applique pour le palais une plaque de cire. Je monte mes dents en ne les fixant avec de la cire que par la partie postérieure, de manière que la face labiale soit tout à fait libre. Ma pièce montée ainsi, j'huile mon modèle et coule du plâtre sur le palais et les dents, de manière qu'en retirant ce contre-moule les dents y soient fixées, et laisse la plaque de platine libre sur le modèle.

Arrivé à ce point, je prends une bande de platine très mince que je soude sur un tout petit point à la plaque estampée ; je mets mon contre-moule avec les dents sur le modèle portant la plaque, puis je sertis ma bande de platine sur chaque dent, en l'appliquant avec un brunissoir ; la soudure colle successivement ma bande à la plaque. Il est également indiqué de souder en arrière des dents un très petit fil de platine en arcade derrière chaque dent.

Les différentes couches céramiques se mettent comme l'enseignent les traités classiques. La gencive formée ainsi, les dents isolées sont placées et ajustées contre la gencive, une par une, puis montées comme pour une pièce de caoutchouc ordinaire.

L'originalité de cette pièce consiste en ceci : qu'elle est une pièce en caoutchouc avec des dents plates ajustées sur de la gencive continue. Le poids est ainsi notablement diminué, comparativement aux appareils à gencive continue sur platine. Ce système a encore l'avantage de rendre faciles les réparations, puisque les dents sont isolées et distinctes de la gencive. Si vous pensez que ces essais peuvent rendre l'application de la gencive continue plus générale, je serai très heureux d'avoir aidé à ce progres.

LA CHIRURGIE DENTAIRE DANS L'ARMEE

Par C. Boissonnet, sous-intendant militaire

(3e et dernier article)

Dans les nos 9 et 12 de septembre 1888 de la *Revue Odontologique* et plus récemment encore, dans les nos 3 et 4 de mars et avril 1889 de l'*Odontologie*, on a fait voir combien la clinique dentaire est encore à l'état d'enfance à l'usage des soldats, tandis qu'elle fonctionne régulièrement dans toutes les maisons d'éducation quelque peu importantes et dans les hospices des grandes villes où elle est mise gratuitement à la disposition des indigents.

Cette clinique existe depuis longtemps et gratuitement à l'Ecole de Saint-Cyr, sans doute en souvenir de ce qui se pratiquait sous Louis XV et sous Louis XVI à l'Ecole militaire du Champ de Mars. L'armée ne saurait, dans son ensemble et par manque d'une organisation prévue et réalisée, rester étrangère à une création dont on a reconnu depuis longtemps toute l'utilité pour les élèves sous-lieutenants.

La question a fait déjà un grand pas ; une généreuse initiative

impose le respect et brise l'indifférence ou l'ignorance, en même temps qu'elle fait bien augurer pour l'avenir. C'est ainsi que M. Maurion de Larroche, chirurgien dentiste à Versailles, a demandé au Gouverneur général de Paris et a obtenu l'autorisation d'ouvrir un cabinet de *clinique dentaire gratuite à l'usage de la garnison*. M. Maurion a fait plus, car il veut consacrer cette œuvre qui lui est propre et qui lui fait un grand honneur : il conserve précieusement le bulletin d'envoi dont chaque militaire est pourvu par ses chefs, afin de justifier son absence momentanée, et il tient un contrôle en règle de tous les soldats qui ont reçu ses soins. On peut juger ainsi, par ces renseignements, à titre de premier essai et en attendant une plus grande extension donnée à la chirurgie dentaire dans l'armée, de l'importance et de la nécessité de la création que l'on réclame ici. En effet, si l'on se reporte aux recherches et aux constatations de M. Andrieux, on reconnaît qu'aujourd'hui, en prenant 100 hommes au hasard dans l'armée, il y en a 96 qui ont une carie ou un commencement de carie, et qui par conséquent ont un besoin immédiat des conseils et des soins des chirurgiens dentistes.

Conclusion. — Il faut convenir que toutes les conditions du service, qui sont si peu conformes aux principes de l'hygiène, qui, prises isolément, paraissent sans importance, constituent cependant, par la force des choses, un ensemble de circonstances défavorables pour la bonne conservation des dents et bien capables au contraire d'en préparer et d'en accélérer la détérioration.

On voit par là quelle responsabilité incombe à l'Etat du fait de la nature du service et des exercices militaires, et combien il devrait avoir hâte de dégager cette responsabilité : 1° en améliorant les conditions hygiéniques dans lesquelles se font les divers exercices au régiment, 2° en mettant partout les bienfaits de la chirurgie dentaire à la disposition de l'armée.

On a indiqué dans le n° d'avril 1889, p. 169, dans quelles conditions, à titre de premier essai, les chirurgiens-dentistes pourraient être commissionnés pour desservir les diverses garnisons de l'armée.

CONGRÈS INTERNATIONAL DENTAIRE DE PARIS

AVIS

Nous croyons devoir rappeler aux personnes qui désirent adhérer au Congrès les articles 5 et 10 du règlement.

ART. 5.

Les membres du Congrès qui désirent faire des communications

sont priés d'en informer le secrétaire général deux mois avant l'ouverture du Congrès. Ils devront joindre à leur avis un résumé très bref qui ne comprendra pas plus de trois à six pages in-8° ordinaire, contenant, écrites en français, les conclusions de leur travail.

Pour aider la discussion, ce résumé sera imprimé *in extenso* ou en partie dans le programme qui sera distribué à tous les adhérents un mois avant l'ouverture.

Art. 10.

Toutes les communications relatives au Congrès, demandes d'admission, désignations de questions, ouvrages manuscrits ou imprimés, etc., devront être adressées au *Secrétaire général, 24, rue de la Chaussée-d'Antin.*

En conséquence nous les prions de vouloir bien envoyer au secrétaire général avant le 1er juillet leur adhésion, les titres des questions devant être traitées, leurs manuscrits, etc.

Le Ministère du commerce et de l'Industrie a récemment adressé les cartes aux personnes qui ont souscrit au Congrès dentaire.

Les adhérents qui n'auraient pas reçu la leur sont priés d'en faire la réclamation au secrétaire général.

N. B. — 1° Les adhérents qui ont versé la cotisation ont seuls droit à cette carte.

2° Les membres ne demeurant pas en France ne sont pas soumis à la cotisation.

M. le docteur P. Calais, de Hambourg, a été nommé délégué de la République de Salvador.

La Société des dentistes scandinaves a désigné comme secrétaire correspondant M. Victor Bensow.

La Société odontologique de Belgique a désigné comme secrétaire correspondant M. Georges Fay et enverra une délégation.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 7 mai 1889

PÉSIDENCE DE M. DUBOIS, PRÉSIDENT.

La séance est ouverte à 9 heures. Le procès-veıbal est adopté.

I. PRÉSENTATION D'UNE NOUVELLE MATRICE DE M. LEVETT

par M. DUBOIS

Inséré dans le corps du journal.

DISCUSSION.

M. Poinsot. — L'emploi de la matrice est excellent pour les obturations plastiques.

M. Ronnet. — Il y a longtemps qu'on cherche à faire des matrices. A l'époque où on ne s'en servait que peu, j'en faisais une moi-même avec un morceau de ressort ou de lime à séparer, qui me rendait service pour les caries interstitielles.

M. Poinsot. — Les limes à séparer ont l'inconvénient d'être plates, tandis que cette matrice se moule.

M. Ronnet. — Je faisais ma reconstitution à l'aide de ce ressort un peu plié, et c'était relativement facile.

M. Touchard. — On doit avouer que la méthode de Herbst a réellement vulgarisé l'emploi de la matrice.

M. Dubois.—Je pense que la matrice n'assure que des services limités. Les matrices ont l'inconvénient de ne pas permettre le lissage avant l'achèvement de l'obturation et leur emploi n'est pas très avantageux avec l'or adhésif. Avec le ciment Poulson, qui durcit vite, on n'obtient pas de solidité, si on n'a pu lisser parfaitement surtout aux points faibles, à la partie cervicale. La matrice ne permet pas cette action latérale et on a, par cela même, une obturation moins dense, moins homogène. J'ai été très enthousiaste de la matrice au début. J'ai modifié la matrice de Miller afin de ne pas être obligé à un mouvement de bas en haut et de pouvoir dégager mon ressort replié en tirant de dedans en dehors. La matrice doit être très simple sous peine de ne pas rendre les services qu'on en attend.

M. Poinsot. — On obtiendrait un meilleur résultat avec l'or très mince. Quant au Poulson, on peut le fouler avec le maillet et le résultat est également meilleur.

M. Swaycarski. — Mettez-vous le ciment par petits morceaux?

M. Poinsot. — Le Poulson peut être employé dans les 4/5 du flacon mais il faut avoir soin de sa poudre, car elle est très hygrométrique. Il faut employer les cristaux en liquide: 2 ou 3 cristaux détachés du flacon, chauffés sur le dos d'un verre et mélangés avec de l'or chauffé — la lampe de Flagg est très utile à cet effet — suffisent. En fondant les cristaux au bain-marie, on n'a pas de différence; on

prend le liquide qui est toujours prêt et on n'a pas de durcissement rapide.

M. *Godon.* — Depuis longtemps je n'ai plus de durcissement rapide avec le Poulson, quel que soit le flacon, sans être obligé de faire une pâte claire, et j'obtiens de bons résultats. Je fais fondre les cristaux sur de petits plateaux et je ne les laisse pas refroidir sur une plaque de verre chauffée et, si rapide que soit le durcissement, il ne l'est pas autant que les autres.

Les matrices ont l'inconvénient de ne pas s'appliquer parfaitement au collet de la gencive, mais l'une d'elles, qui comprend une lamelle avec 2 vis qui prennent leur point d'appui sur la dent voisine et obligent la dent à s'appliquer au collet, répond à l'objection qu'on leur fait. Je glisse entre les deux dents mes feuilles de maillechort, qu'écartent selon les besoins des morceaux de caoutchouc, je fais un effort et la cavité est ainsi fermée. On doit toujours avoir présent à l'esprit qu'on peut avoir des vides.

M. Francis Jean.— Pour dissoudre les cristaux, je les mets sur une plaque de verre assez épaisse et je les fonds avec une flamme de gaz en tenant le bec renversé, de sorte que la plaque n'a pas le temps de s'échauffer.

M. Ronnet. — M. Godon se plaint que la matrice ne touche pas au bord cervical. Il suffit de mettre de la ouate et on fait appliquer la matrice du côté où l'on veut. Mais les matrices les plus simples sont les meilleures.

M. Touchard. — Pour le Poulson, placer les cristaux dans un petit tube fermé et chauffer à la lampe ; on liquéfie la quantité voulue et on n'a pas de durcissement.

M. Villers. — Dans les cavités à accès facile, si on malaxe le Poulsen avec les doigts, ce résultat est bon, mais cela le fait durcir très vite. Quant à la matrice, si les dents sont trop écartées, il faut placer deux feuilles de maillechort pour la soutenir.

M. Blocman. — Les petits tubes de verre étaient fournis autrefois par les fournisseurs qui vendaient du Poulson.

M. Chauvin. — J'ai vu des obturations faites avec la matrice et je n'ai pas modifié mes idées sur son emploi : la matrice est une mauvaise chose. Lorsque vous avez une cavité, il faut d'abord voir ce qu'on fait et la matrice bouche le jour Dans une aurification à l'or adhésif on recherche le moyen d'aller plus vite ; or la matrice la facilite, mais les défectuosités en résultent. Même avec le système Levett, je trouve la chose mauvaise en soi.

M. Godon. — Se passer de matrice dans la cavité postérieure, c'est aller au devant de la difficulté. Certes, on peut le faire, mais ce n'est pas aussi facile, car avec elle on transforme une cavité postérieure interstitielle en cavité centrale, quoique nombre d'obturations faites avec la matrice pénètrent au delà du bord cervical.

M. Chauvin. — Pour l'amalgame, je n'y vois pas grand inconvénient.

M. Godon. — Les opérateurs peu soigneux doivent, d'après M. Chauvin, l'être davantage avec la matrice.

M. Chauvin. — Pour l'or adhésif, la matrice n'est pas du tout utile.

M. Godon. — L'obturation, pour être parfaite, doit être au niveau et ne pas surplomber.

M. Lemerle. — La matrice n'est pas nécessaire et elle est même

nuisible dans certains cas. Avec l'or mou il y aurait à craindre que l'aurification ne fût pas solide. Je ne l'admets qu'avec l'amalgame et le ciment.

M. Ronnet. — La matrice vous donne suffisamment de force, mais vous engage à aller trop vite et à ne pas apporter assez de soin.

M. Dubois. — La matrice procède d'une apparence logique : comme elle crée une paroi artificielle, on pense transformer les caries interstitielles en caries de face triturante, il n'en est pas tout à fait ainsi. Les bons résultats obtenus avec l'obturation dans les caries centrales ne proviennent pas seulement de la possibilité d'un foulage énergique contre les parois, mais surtout de la situation de la matière obturatrice sur un point où l'émail est solide et résistant, où l'accumulation et le séjour des produits de décomposition sont entravés. Je suis bien convaincu que si on sectionnait nombre d'aurifications de faces triturantes, on trouverait dans les parties profondes de la porosité. Grâce à la couche extérieure et à la position de la carie, cela est sans conséquences fâcheuses ; mais que de semblables obturations existent sur des caries proximales, elles échoueront. La pression latérale est nécessaire pour les caries interstitielles ; la matrice l'empêche tout en masquant le champ opératoire ; c'est pourquoi je pense qu'elles n'ont que des applications très limitées.

M. Villers. — On peut enlever la matrice et lisser après.

II. OBSERVATIONS D'AURIFICATIONS A L'OR CRISTALLISÉ, PAR M. LEVETT.

M. Dubois. — M. Levett a expérimenté à la clinique de l'Ecole de l'or cristallisé qui lui a été remis par MM. Contenau et Godard, et la relation de ces expériences a été consignée par M. Dargent, élève de l'école, dans la note ci-jointe. (Cette note, dont lecture est donnée, est insérée aux travaux originaux.)

Un certain nombre d'entre vous ont assisté à cette expérience. A la pointe cervicale, il y avait des parties poreuses et la matrice y était certainement pour quelque chose. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que l'or cristallisé est de l'or adhésif et qu'il en a tous les inconvénients. Watts avait lancé un or cristallisé qui avait des qualités d'adhésivité parfaite ; celui de Nedden a eu des partisans enthousiastes ; MM. Contenau et Godard sont arrivés à trouver mieux. J'ai fait quelques expériences, le nouvel or cristallisé donne d'assez bons résultats ; c'est une base très solide. A en juger par l'aspect, il forme une masse dure, résistante. Il a un petit inconvénient : il est difficile à porter dans la cavité sans laisser tomber quelques cristaux sur la digue et dans la bouche.

DISCUSSION

M. Poinsot. — J'ai expérimenté l'or Contenau et j'en ai été enchanté pour les fonds ; mais je n'ai jamais osé faire une obturation en entier, il faut le mettre par petits morceaux.

M. Lemerle. — J'ai étudié l'or Contenau et j'ai fait des aurifications types. J'ai coupé une canine et, une fois l'opération terminée, j'ai frappé un peu fort avec mon maillet et tout s'est décollé. J'ai recommencé une deuxième fois : même inconvénient. Pour la reconstitution, cet or a des inconvénients, mais il est excellent pour

la face triturante. De plus, l'or en éponge contient du mercure et M. Contenau affirme qu'il n'y en a pas dans le sien.

M. Godon. — J'ai employé l'or de Nedden et j'y ai renoncé parce que toutes les aurifications ont été défectueuses, attendu que l'or s'émiette sur les bords. Il peut donner une certaine densité mais jamais une solidité durable.

M. Chauvin. — J'ai vu l'aurification et on m'en montrait la densité, mais une rugine a pénétré à la pointe cervicale avec une grande facilité. On doit pourtant faire de bonnes aurifications avec cet or. Si on emploie l'or cristallisé pour un fond de cavité, il faut cesser de s'en servir au moment où on arrive à l'obturation de la rainure. Si on ne faisait que mettre la couche superficielle, on courrait risque de la voir se décoller ; aussi ne faut-il pas opérer trop vite.

M. Villers. — En tassant très peu l'or sur la tablette, avec la brucelle, on le porte plus facilement.

M. Poinsot. — J'ai parlé des densités diverses de la même aurification. Pour être très bien fait, le fond de la cavité pourrait être fait avec cet or et fini avec de l'or adhésif extra-cohésif. L'adhésivité de l'or est en rapport avec le durcissement de la masse à placer. L'or cristallisé peut servir de fond de cavité et alors la condensation de l'or en feuilles se ferait très bien.

III. — Nouveaux essais de gencive continue

Par M. Feuvrier

M. Dubois. — Je vous présente, au nom de M. Feuvrier, un essai de gencive continue fait d'une manière assez nouvelle : la gencive est distincte des dents qui sont ajustées sur elle. Ce système permet, en cas de fracture d'une dent, de faire la réparation sans avoir à reporter l'ensemble au four. Afin d'obvier à l'inconvénient principal des pièces à gencive continue, leur lourdeur, notre collègue ne fait que la façade en émail, puis la monte, ainsi que la plaquette de support sur un appareil en caoutchouc ; le poids est ainsi considérablement diminué. Les appareils en gencive continue sont les plus élégants qu'on puisse faire, et il serait à souhaiter que la modification suggérée par M. Feuvrier pût permettre un emploi plus général.

En dehors de ce spécimen, vous pourrez admirer dans la vitrine de l'Ecole un autre appareil de M. Feuvrier qui est une petite merveille d'exécution ; il a combiné la gencive continue avec les dents à tube, et le résultat aura l'approbation de tous les dentistes.

J'ai demandé à M, Feuvrier de bien vouloir donner une note explicative sur son procédé. J'en donne lecture. (Insérée aux travaux originaux.)

Discussion

M. Chauvin. — La pièce est encore lourde et on pourrait assez facilement en supprimer une partie.

M. Chauvin. — Sans platine, il serait assez difficile de faire une arcade complète, mais j'ai pu faire ainsi les huit premières dents : le moulage de la gencive a dû être fait avec de la cire.

IV. — Présentation d'un instrument pour obtenir le parallélisme des pivots a tubes dans les pièces a pont

Par M. Godon.

(Communication insérée aux travaux originaux.)

DISCUSSION

M. Chauvin. — Je ne veux faire aucune question personnelle, ni contester le droit de priorité de M. Godon. C'est bien lui qui, en effet, présente le premier un appareil permettant de fixer dans les racines des tubes parallèles. Je dirai simplement ceci : si le travail à pont n'est pas nouveau, si quelques praticiens ont essayé de poser des pièces avec plusieurs pivots, personne n'a encore présenté un système permettant de fixer 2, 3, 4 tubes parallèles. Avec ce système, les appareils appliqués peuvent se retirer à volonté, ce qui permet de les nettoyer facilement. Il y a là, certes, une innovation importante. Ce que mon intervention a de personnel est très simple à résumer. Il y a plus de dix-huit mois que j'ai placé des appareils de ce genre qui fonctionnent avec 2 et 3 pivots. J'en ai apporté un pour la vitrine de l'Ecole dentaire à l'Exposition, que vous pourrez examiner ce soir. Il y a six mois que M. Godon s'est occupé de la question. S'il a droit à la priorité de la présentation, je crois légitime d'établir par le témoignage de plusieurs de nos collègues, MM. Ronnet, Papot, Dubois, etc., que la question était résolue pour moi bien avant que M. Godon s'en occupât. J'ajoute que je suis absolument certain que si M. Godon avait été informé de mes travaux à ce sujet, il m'aurait bien volontiers laissé la primeur d'une communication au Congrès, ce qui ne l'aurait pas empêché, du reste, de continuer à travailler dans cette voie.

M. Godon.—Est-ce le parallélisme des pivots que M. Chauvin veut revendiquer comme une idée personnelle ? Il a été fait depuis longtemps des appareils à plusieurs pivots, comme le constatent les ouvrages classiques. Par conséquent, les pivots étaient parallèles. Je me rappelle, du reste, en avoir vu plusieurs faits par M. Maitrehomme, un vieux dentiste qui jouit d'une certaine réputation comme habile mécanicien, des pivots qui, dans une pièce, notamment, étaient au nombre de trois, étaient parralèles.

Quant aux moyens pour obtenir ce parallélisme, il y en avait plusieurs. Mais je me rappelle avoir vu chez M. Brasseur un petit instrument qu'il avait fait faire pour percer dans les racines des pivots parallèlement.

Je ne croyais pas que l'idée de mettre plusieurs pivots à un appareil et des pivots parallèles fût une idée nouvelle et qu'elle pût être revendiquée par quelqu'un. Ce qui peut être nouveau, c'est l'instrument pour obtenir ce parallélisme dans les pivots à tubes.

Il y a six mois, comme je viens de vous le dire, ayant à faire un appareil qui exigeait ce parallélisme dans les pivots, ne connaissant pas d'instrument spécial, j'en ai fait un. C'est celui que je vous présente. En existait-il avant un semblable ? C'est possible, mais je n'en ai jamais eu connaissance. En a-t-il déjà été présenté ? Je ne le crois pas.

M. Chauvin. — Il y a six mois. C'est ce que je voulais savoir.

M. Godon. — Il s'est trouvé que mon patient était un ancien élève de l'Ecole Centrale ; il a complété mon idée par un dessin que voici, mais je ne réclame ni priorité, ni bénéfice, ni brevet. Je présente l'idée à mes confrères pour qu'elle puisse servir à ceux qui auront à vaincre la même difficulté.

M. Chauvin. — Je ne nie pas la priorité de la présentation, mais il est connu de tous que j'ai parlé d'appareils de ce genre. Donc, quant à l'idée, j'en ai eu la priorité.

M. Godon. — Je n'ai pas eu connaissance de cette idée, et j'ai parlé de mon petit appareil à M. Dubois il y a cinq ou six mois.

M. Ronnet. — Il est vrai que M. Chauvin a parlé de pivots parallèles depuis longtemps.

M. Blocman. — Nous ne pouvons pas faire figurer au procès-verbal des discussions de cette nature. M. Chauvin n'a rien publié sur ce sujet, M. Godon non plus, et si nous discutons, c'est une affaire purement personnelle. Il n'a jamais été présenté d'instruments pour faire les pivots parallèles; or, on nous en présente un aujourd'hui, nous ne pouvons que l'enregistrer.

M. Dubois. — Il y a un an environ M. Chauvin m'a présenté des appareils à plusieurs pivots fort bien exécutés ; il m'a communiqué son intention de les réserver pour le Congrès. L'origine du système à pont est loin derrière nous, et dernièrement j'avais le plaisir de constater que, dans une réunion de la Société dentaire de New-York, M. Dwinell rendait justice aux dentistes français qui pratiquaient ce système dès le commencement du siècle. S'il est quelque chose de nouveau sous le soleil ce n'est pas cela. Ce genre de travail appartient à tout le monde, et nous serons heureux d'enregistrer et d'applaudir à tout ce qui sera fait dans cette direction. M. Godon a fait du travail à pont, comme plusieurs d'entre nous, aux prises avec les difficultés d'application lorsque l'appareil comportait plusieurs pivots; il les a supprimées en combinant l'ingénieux petit instrument qu'il nous présente ce soir. Son droit de priorité n'est pas contestable. Pourtant je puis confirmer ce que disait tout à l'heure M. Chauvin : la question le préoccupe depuis un certain temps, et si c'est cela qu'il veut établir je comprends ses observations.

M. Chauvin. — Si M. Blocman pense que le procès-verbal ne doit pas en faire mention, à propos d'une présentation quelconque, je pourrai dire : « J'en ai eu l'idée il y a deux ans et j'en ai parlé publiquement. »

M. Blocman. — Une chose qui n'est pas discutable, c'est la présentation elle-même en séance, qui n'a jamais été faite précédemment.

M. Godon — Je ne comprends pas bien l'observation de M. Chauvin. Il n'est pas dans ses intentions de monopoliser le droit de faire les pièces à pivots parallèles. C'est depuis longtemps dans le domaine public. Donc, comme tout le monde j'en fais. J'admets que pour obtenir le parallélisme des pivots, M. Chauvin ait confectionné avant moi un instrument spécial — pourquoi ne nous l'a-t-il jamais présenté? — Il m'aurait évité la peine d'en construire un autre lorsque je me suis trouvé en présence de la difficulté que je vous ai indiquée — ou tout au moins je n'aurais pu chercher qu'un perfectionnement. — J'ai fait un premier appareil, puis un second ; enfin, je vous présente le dessin d'un troisième. Qui empêche M. Chauvin

de nous présenter ou de nous décrire le sien? Il doit très probablement y avoir quelque différence avec l'un des trois.

M. Malplatte. — J'ai été employé sept ans chez M. Brasseur, et j'ai toujours fait des appareils à plusieurs pivots parallèles, mais je ne connaissais pas son procédé; il en arrangeait lui-même le parallélisme.

V. — PRÉSENTATION DE PIÈCES A PIVOT

Par M. CHAUVIN.

M. Godon. — Comment obtenez-vous le parallélisme?

M. Chauvin. — Avec un appareil presque similaire

M. Dubois. — J'ai abandonné le pivot rond pour l'ovale, parce que l'emploi du tube demande de grands sacrifices de tissus, la perforation devant être assez large pour recevoir le pivot, le tube et la matière de scellement; sur les petites incisives cela avait des inconvénients, et j'en ai eu de fracturées pour cette cause. Avec le pivot ovale, on a moins à affaiblir la racine, la force du pivot est dans la direction de l'effort masticatoire. Depuis trois ans que j'emploie le pivot ovale, j'en obtiens les meilleurs résultats.

VI. — FILS DE CUIVRE POUR AIDER A LA PRISE DES EMPREINTES AU COLLET DES DENTS

Par M. POINSOT.

M. Poinsot. — Une des parties essentielles de l'empreinte est certainement le collet de la dent; dans la plupart des cas elle n'est reproduite qu'imparfaitement. Le petit fil métallique que je vous présente précise le moule sur ce point; les doigts le courbent à volonté, il reste dans la matière d'empreinte, et avec lui celle-ci est plus exacte.

DIVERS

Je vous présente une dent enlevée chez un ataxique avéré, et pour l'extraction de laquelle j'ai dû faire les plus grands efforts. Cela semblerait infirmer ce qu'on a dit sur l'ébranlement des dents comme conséquence de cette maladie.

Je vous présente aussi quelques instruments d'extraction d'intérêt historique.

L'ordre du jour de la séance de juin est fixé.

La séance est levée à 11 heurs et demie.

Le secrétaire général,

BLOCMAN.

FONDATION DE LA SOCIÉTE ODONTOLOGIQUE DU SUD-OUEST

Nous avons appris avec une satisfaction que tous nos confrères partageront la fondation d'une Société dentaire à Bordeaux sous le titre de Société Odontologique du Sud-Ouest. Quels que soient le but et les tendances de la nouvelle Société que nous ne connaissons encore que par la nouvelle de sa naissance, nous devons féliciter nos confrères de la Gironde de cette initiative. Elle leur fait honneur et témoigne du réveil de la vie professionnelle en province.

L'agitation que nous provoquons dans le monde dentaire en France depuis dix ans commence à porter ses fruits.

En voyant les résultats obtenus par les Sociétés dentaires parisiennes, nos confrères ont enfin compris qu'il fallait mettre de côté l'esprit étroit et mesquin auquel les dentistes ont dû leur isolement et leur faiblesse. Ils ont senti qu'à cette époque où l'Association fleurit sous toutes ses formes, une ou deux Sociétés générales, si bien organisées soient-elles, ne pouvaient suffire pour toute une profession en France, qu'il devenait nécessaire pour la marche du progrès et la défense des intérêts communs, de créer des groupements spéciaux moins étendus et dont l'action pourraît être plus efficace et plus directe comme cela existe en Angleterre, en Allemagne, en Amérique, etc.

Nous sommes d'autant plus autorisés pour saluer la fondation de la nouvelle Société qu'à plusieurs reprises nous avons adressé des appels en ce sens.

En 1887, nous avons même présenté au Conseil de direction de l'Association générale des Dentistes une proposition tendant à la constitution en France de groupes dentaires régionaux, établis sur les bases les plus larges. En rapport constant avec l'Association générale, ces Sociétés régionales auraient eu une grande force pour la défense des intérêts moraux et matériels de la profession dans chaque région, comme le prouvent du reste les résultats obtenus par l'Association générale des médecins de France et ses multiples Sociétés départementales.

Cette proposition avait été présentée à la demande de confrères des régions de l'Ouest et du Sud. Elle fut adoptée par le Conseil de Direction, mais l'inertie des dentistes de province en empêcha la réalisation.

Un de nos confrères de Marseille, diplômé de notre école. M. Crouzet, avait déjà fait, lui aussi, quelques tentatives pour y établir une société dentaire. Il réunit à ce sujet la plupart des dentistes de cette ville, mais tous ses efforts ne purent aboutir. Maintenant que l'exemple est donné, souhaitons que le mouvement s'étende sur toute la France.

Que dans chaque grande région, nord, nord est, nord-ouest, est, ouest, sud, sud-est, centre, nos confrères, sortant enfin de leur torpeur, s'unissent pour former un groupement distinct. L'appui de l'Association, s'ils le réclament, leur est acquis. Ils verront bientôt combien les avantages divers résultant de cette union sont hors de proportion avec les légers sacrifices qu'elle réclame.

Quant à la mise à exécution, elle est facile : que dans chaque région un membre de la profession, diplômé de notre Ecole, ou membre correspondant de l'Association, par exemple, en prenne l'initiative ; une simple circulaire envoyée aux confrères de la région, les convoquant à une réunion préparatoire ; comme statuts, ceux d'une des sociétés déjà existantes, de l'Association générale, par exemple, avec certaines modifications ; et, pour commencer, des réunions mensuelles chez l'un des adhérents, en attendant un local spécial ; en quelques mois, les sociétés dentaires régionales pourraient être ainsi constituées.

Nous pourrions alors présenter au prochain Congrès international, aux confrères étrangers qui viendraient nous visiter, le corps professionnel français, ayant conscience de ses devoirs et de ses droits, complètement organisé pour remplir les premiers et faire respecter les seconds, et travaillant avec activité, sur toute la surface du pays, au progrès général de l'Art dentaire.

Ch. Godon.

P. S. — Nous reproduisons ci-dessous la proposition de création de groupes dentaires régionaux en France dont il est question dans l'article qui précède.

GROUPES RÉGIONAUX

L'Association générale des Dentistes de France :

Afin d'étendre le champ d'action de l'Association, et de répandre l'influence de l'Ecole dentaire de Paris ;

Désirant provoquer le réveil de la vie professionnelle en province en créant en dehors de Paris, des centres d'action pour faciliter la défense des intérêts corporatifs des dentistes et aider au développement progressif de l'art dentaire, émet le vœu que :

Les membres de l'association établis en province prennent l'initiative de la création en France de *groupes professionnels régionaux, correspondants de la Société*, dans les conditions suivantes :

Ces groupes seraient, au début, au nombre de neuf :

Groupes du Nord, du Nord-Ouest, du Nord-Est, de l'Ouest, du Sud-Ouest, du Sud, du Sud-Est, de l'Est et du Centre.

Ils poursuivraient le même *but* que l'Association générale dont ils adopteraient les statuts généraux.

Ils comprendraient tous les membres de l'Association, diplômés ou non de l'Ecole.

Chaque groupe nommerait tous les ans un délégué au Conseil de direction de l'Association.

Ce délégué représenterait l'Association dans sa région, servirait d'intermédiaire entre les membres de son groupe et le Conseil de direction pendant l'année.

Il recevrait les convocations aux séances du Conseil de direction avec l'ordre du jour indiquant les sujets qui feraient l'objet de la séance (il ne serait pas tenu d'y assister cependant).

Il centraliserait les efforts des membres du groupe, et se chargerait de la défense des intérêts corporatifs dans la région.

Le groupe se réunirait au moins une fois par an dans la ville où il aurait fixé son lieu de réunion, sur convocation du délégué, sous le nom de *Réunion odontologique de la région du...*

Il traiterait les intérêts professionnels du groupe ou de l'Association, des questions scientifiques, etc.

Le résumé de ses procès-verbaux pourrait être publié dans les journaux de la profession.

En dehors des statuts généraux de l'Association, le groupe conserverait la plus complète indépendance quant à son règlement intérieur et à son initiative.

Le délégué adresserait tous les ans au mois de janvier un rapport sur les travaux du groupe au Conseil de direction de Paris.

(*Résolution adoptée par le Conseil de direction de l'Association générale des Dentistes de France*). (*Séance du* 11 *janvier* 1887. *Odontologie* 1887 *p*. 98).

REVUE DE L'ETRANGER

Cette lettre inaugure dans l'Odontologie les correspondances de l'Etranger pour lesquelles nous nous sommes assuré le concours de collaborateurs éminents. Aux traductions et résumés des publications étrangères, nous joindrons donc désormais des lettres nous faisant connaître les faits les plus saillants dont chaque pays est le siège. Nous sommes heureux d'ouvrir cette série par une lettre du docteur M. Clapp, président de la Société du Massachusetts, que nos lecteurs connaissent déjà par l'essai heureux de combinaison d'amalgame et d'or en une séance.

P. D.

LETTRE DES ÉTATS-UNIS

Ceux d'entre nous qui se sont livrés à l'étude et à la pratique de la dentisterie pendant les vingt ou vingt-cinq dernières années ont vu de grands changements pendant ce temps, non seulement dans les moyens et les méthodes, mais encore dans une

meilleure instruction et dans un niveau plus élevé des membres de la profession. Si nous regardons en arrière, nous pouvons voir que les connaissances des jeunes gens qui entrent dans la dentisterie sont beaucoup plus complètes maintenant qu'autrefois. Il n'est pas rare à présent que des jeunes gens qui ont reçu une instruction soignée dans un collège choisissent la dentisterie pour leur carrière, et il est pleinement reconnu que ses exigences sont suffisantes pour mettre à l'épreuve les meilleures intelligences et donner une occupation aux mains les plus habiles.

Les exigences des écoles se sont amplement accrues. En quelques années, nombre d'entre elles ont adopté les examens d'entrée. Cela a eu un effet très salutaire en éliminant beaucoup de candidats qui, par manque d'instruction, n'auraient pas pu relever le niveau et, d'un autre côté, auraient pu empêcher des progrès. Le temps pendant lequel un étudiant doit suivre les cours et rester à la clinique avant de recevoir son diplôme a été largement augmenté. Dans un de nos meilleurs collèges médicaux, le diplôme de M. D. était donné aux étudiants, il y a vingt ans, à la suite d'une durée d'études moindre que celle que les étudiants dentistes d'à présent du même collège sont obligés de consacrer à l'anatomie, la physiologie, la chirurgie et la chimie. Alors la seconde année d'études n'était qu'une répétition de la première au lieu d'être en progression pendant les trois années comme elle l'est maintenant.

On parle beaucoup en ce moment, aux Etats-Unis, de la morale professionnelle et plus particulièrement du praticien dans ses rapports avec le commerce. Les brevets ont été des pommes de discorde. Il n'est pas correct pour un dentiste d'être intéressé dans des brevets, des procédés secrets et des compositions secrètes : inventions, procédés, méthodes et matières, tout ce qui est dû aux dentistes devrait être abandonné librement au bénéfice de la profession ; il devrait y avoir une communauté d'intérêts stimulant les efforts de chaque dentiste, et le résultat de ses efforts devrait être offert libéralement à l'utilité générale et au profit commun, pour élever à la fin la profession au-dessus d'un commerce et l'établir sur une base large et généreuse.

Rien ne montre plus clairement nos progrès que le nombre et la nature de nos journaux dentaires. Comme dans chaque spécialité, il y a dans la nôtre une quantité de littérature sans valeur et, si on essaye de lire tout ce qui est publié, on perd beaucoup de temps précieux. Mais, pris dans leur ensemble, les écrits sur la matière, particulièrement ceux qui sont publiés dans nos journaux et revues, ont atteint un degré de mérite élevé. Il faut vivement espérer que l'augmentation du nombre des journaux n'aura pas pour conséquence d'abaisser leur qualité, mais, au contraire, de créer une émulation en faveur de la valeur littéraire et scientifique la plus haute.

Comme moyens d'instruction, les Sociétés et les journaux dentaires sont à côté des écoles régulières. Le praticien qui ne lit pas les journaux et n'assiste pas aux séances des Sociétés est bientôt laissé en arrière. Ces moyens de diffusion des idées et d'information générale sont de la plus grande importance et chaque homme sérieux ne doit pas craindre de dépenser son argent et son savoir pour les encourager.

Je voudrais appeler votre intérêt sur une communication lue devant la Société odontologique de Pensylvanie sur le « traitement des surfaces proximales », par le Dr S. G. Perry, de New-York. Cette note a été publiée par l'*International dental Journal,* à partir du numéro de février. Elle occupe une place beaucoup plus vaste que son titre ne le ferait supposer.

Un pareil travail n'aurait pas pu être fait par quelqu'un n'ayant pas une expérience d'un quart de siècle, doublée d'une observation soigneuse et d'un esprit d'investigation de tous les résultats d'une grande valeur pour les malades.

Les conclusions du Dr Perry sont presque les miennes et les choses sont dites beaucoup mieux que je ne pourrais les dire, de sorte qu'on peut m'excuser si je lui fais quelques emprunts pour les lecteurs de l'*Odontologie.*

Le Dr Perry a une opinion arrêtée sur la forme à donner aux obturations de contour. Il est clair pour lui, et je désire ajouter à cet égard ma propre opinion, que, en règle, pour les surfaces proximales le travail de la reconstitution est la seule méthode raisonnable à suivre. Pour montrer qu'il a eu suffisamment de temps pour essayer cette méthode, le Dr Perry cite une communication qu'il a lue en 1870 devant la même Société et qui est ainsi conçue :

« Je ne désire pas être considéré comme un avocat de la méthode qui consiste à placer des boulettes rondes d'or entre les dents pour qu'elles soient maintenues isolées, mais je voudrais appeler votre attention sur l'avantage de placer l'or un peu au-delà du bord extérieur des dents et de finir avec de l'étain, des limes en forme de truelle et des grattoirs en forme de faucille, en laissant l'or quand c'est fini aussi plein que l'original l'était, plutôt que de passer entre elles une lime de séparation qui laisserait une surface proximale plate. J'aimerais mieux une obturation légèrement contre nature qu'un espace ou une surface absolument plate.

« Le point que je veux mettre en lumière c'est qu'une très forte proportion des obturations proximales faites sur ce plan général, avant que ceci eût été écrit, sont encore aujourd'hui, après vingt ans de service, en bon état.

« Ceci n'est pas dit par esprit de fanfaronnade, mais avec le désir de présenter des faits exacts. Une grande quantité d'obturations faites plusieurs années après, quand j'ai été converti à la

méthode du Dr Arthur, ont été enlevées depuis, beaucoup avec une grande perte de temps et de travail, due à la difficulté de restaurer la forme perdue des dents. Si le livre du Dr Arthur n'avait jamais été publié, si je n'avais pas été influencé par le sérieux de sa personnalité, et si j'avais tenu à mon idée primitive de restauration, mes patients auraient été préservés d'ennuis sans fin et je n'aurais pas eu dans ma carrière d'époque à regretter. »

Le Dr Perry prouve très clairement avec sa propre expérience les maux qui suivent la pratique du système de séparation préconisé par le Dr Arthur. Le dernier changement qui aura lieu presque certainement dans la position occupée par les dents, quand elles sont taillées comme il le recommande, menace de changer ces conditions favorables à un état sain en conditions favorables à la carie. Une des grandes objections à ce système est l'avantage que les espaces entre les dents offrent à l'amoncellement des aliments contre et sous la gencive, causant ainsi un grand ennui et de la souffrance au patient. Certains opérateurs sont plus enclins à négliger cette considération et à tailler les dents conformément à leur propre convenance qu'à consulter la commodité du patient dans les années à venir.

Personnellement, je n'ai jamais pratiqué le système de séparation d'Arthur, mais j'ai eu maintes occasions d'observer les maux qu'il a causés, et je suis en état, par conséquent, de le condamner aussi sévèrement que le Dr Perry. Dans une lettre ultérieure je pourrai traiter la question de la reconstitution. On a fait beaucoup de progrès à cet égard depuis quelques années et, dans beaucoup de cas, l'opération peut être exécutée relativement avec facilité.

En terminant cette lettre, je veux citer un paragraphe de la note du Dr Perry.

« Nous devons éviter toute accusation de rudesse en parlant « des opérateurs anciens qui pratiquaient le système. Ils ont fait « de leur mieux. Ils n'avaient pas les procédés et les perfectionnements d'aujourd'hui et, de plus, ils n'ont pas eu le temps de « voir les mauvais effets de leur pratique. Le Dr Arthur qui a « fait plus qu'aucun autre pour établir le système, n'a droit qu'à « du respect; car il n'a fait avec sa méthode, que ce qu'il jugeait « le meilleur pour la profession. Rien ne serait plus déraisonnable que de parler en termes exempts de bienveillance de ces « praticiens qui n'ont pas fait et ne pouvaient pas faire, à une « époque antérieure, ce qu'on peut faire à présent. Si nous « essayons d'évaluer avec une mesure trop haute, comment « n'en trouverons-nous pas un d'entre nous qui ne soit trop « petit? Regardons le passé et soyons reconnaissants du brillant avenir qui est devant nous, en nous souvenant toujours

« qu'en étant bienveillants et serviables les uns pour les autres,
« nous ferons le plus grand bien à la cause du progrès de notre
« chère profession.

« M. Clapp

« *Boston, 23 avril 1889.* »

LE DÉVELOPPEMENT DES DENTS DANS LES EMBRYONS AFFECTÉS DE RACHITISME, par HEITZMANN et BODECKER

Parmi les nombreux embryons dont les dents ont été examinées par l'auteur, il y en avait trois affectés de rachitisme congénital. Un d'eux était un fœtus de sept mois, un second de sept mois et demi, tandis que le troisième avait huit mois. A l'examen microscopique, les deux premiers ne présentaient aucun symptôme de rachitisme, et ce n'est qu'à l'examen microscopique des mâchoires que nous fûmes à même de reconnaître le processus morbide, dont la caractéristique est une formation de cartilage hyalin à la place de tissu osseux. Les trabécules du tissu osseux étaient plus resserrés et les corpuscules osseux au dedans étaient beaucoup plus gros que dans le tissu osseux normal. Dans bien des endroits cependant, on remarquait du cartilage hyalin au lieu de trabécules osseux et dans les espaces médullaires entre eux. Les corpuscules cartilagineux étaient souvent d'une couleur brune, déterminée soit par une hémorragie antérieure, soit par une nouvelle formation de corpuscules sanguins et d'hémoglobine. Le troisième fœtus montrait les symptômes d'un rachitisme congénital à un tel degré, que tout le tissu osseux manquait et que c'est seulemnt dans le maxillaire inférieur qu'on trouvait quelques trabécules. Ce fœtus provenait d'une femme saine qui, pendant sa gestation, nourrit pendant plusieurs mois des chiens, des chats et des lapins avec de la soupe, de la viande, du pain et des légumes mélangés d'acide lactique, dans le but de produire le rachitisme artificiel et l'ostéomalacie chez ces animaux. Ces expériences ont été faites par Charles Heitzmann (voir la *Morphologie microscopique 1883*) et eurent un plein succès, puisque des chiens et des chats, traités avec de l'acide lactique peu après leur naissance, devinrent rachitiques, et, le traitement durant plusieurs mois de suite, furent affectés d'ostéomalacie.

La femme qui donna naissance à ce fœtus était saine pendant sa grossesse et le resta après sa délivrance. Le fœtus, au contraire, mourut peu après d'une hémorragie intra-cranienne causée par une pression pendant le travail, en raison de l'absence complète d'os craniens.

Les états anormaux dans les dents de ces trois embryons étaient si frappants et si nombreux que nous essayâmes de les classer sous des catégories, sachant que diverses affections chroniques de la mère et du fœtus, et plus particulièrement le rachitisme chez ce dernier, réfléchissent sur la croissance des dents et laissent sur celles-ci des marques de la forme de rainures ou de sillons.

I. Une éruption prématurée de dents mal développées se présenta dans le maxillaire inférieur d'un fœtus rachitique de sept mois.

Cette dent avait atteint un degré de développement correspondant environ au septième mois de la vie intra-utérine, mais avait dépassé le niveau de la gencive et était parfaitement visible à l'œil nu. Ce spécimen aida à trancher une question débattue sur l'origine de la membrane de Nasmyth ou cuticule de la dent. Les auteurs ont observé que la couche épithéliale couvrant le sommet et la dentine au bas de la dent est un redoublement direct de la couche épithéliale de la gencive ainsi que cela a été dit dans un article antérieur (*Dental Cosmos 1878 et 1879*). La papille est modérément pourvue de vaisseaux sanguins et présente une structure myxomateuse, notamment à sa partie inférieure, qui semble lobulée. Elle est bordée d'une structure à sa partie inférieure, que nous considérons comme un trait normal et qui est toujours présente antérieurement à l'apparence des odontoblastes. La gencive est composée d'un tissu conjonctif, mou, délicat et fibreux. Au côté droit du spécimen, près de la partie inférieure de la papille, se montre une couche isolée de tissu myxomateux qui s'étend au-dessous de la papille, montrant les caractéristiques de l'émail. Sa périphérie extérieure montre une quantité de bourgeons ou de niches qui sont le produit de l'épithélium externe.

II. Doubles papilles. — Dans le même fœtus on observa deux papilles de bicuspides inférieures qui, à leur base, étaient unies par une masse large et continue, d'où s'élevait une structure osseuse, séparant les papilles, ce qui prouve que les dents appartenaient à deux dents séparées. La structure de ces papilles était myxomateuse et semblable en apparence à celle des papilles de dents de porc. L'émail semblait être dans son plein développement, borné par de l'épithélium interne qui faisait irruption dans du tissu médullaire et un épithélium externe qui faisait irruption dans des niches épithéliales. Le long de l'épithélium interne des plis et des brèches sont visibles. Pas de trace de dentine ou d'émail sur ces germes.

III. Dents naines. — Dans le fœtus de sept mois et demi on observa de petites dents qui étaient à un degré de développement correspondant à l'âge de celui-ci.

Les papilles étaient de forme irrégulière, en partie émoussées, en partie allongées et marquées d'une constriction à la place correspondant au collet des dents futures. Au-dessus du collet les papilles ont la forme habituelle d'une lancette ou d'une feuille de myrte, montrant le long de leurs bords ou des odontoblastes ou des rangs de corpuscules médullaires, et relativement peu de vaisseaux sanguins. La dentine est courbée autour de la constriction à un degré marqué, entourant le collet de la dent comme un bonnet. Ses canalicules sont larges mais sans traits pathologiques. L'émail est presque normal, mais il fait défaut dans presque tous ces spécimens, ce qui indique que le réticule myxomateux est épuisé. L'épithélium externe ne montre sa présence que par de petites niches épithéliales et des bourgeons le long de l'émail déjà formé.

Un trait caractéristique de la papille et du tissu conjonctif qui l'entoure, c'est la présence de cristaux d'hématoïdine, brun de

rouille, en forme d'aiguille, quelquefois amoncelés en masses nombreuses. Ils résultent d'une hémorragie antérieure quoiqu'on ne s'explique pas qu'ils se montrent dans les papilles où les vaisseaux sanguins sont extrêmement rares et juste dans le processus de formation.

IV. Malformations et malpositions de l'émail. — Dans les dents de fœtus rachitiques, on rencontre fréquemment de l'émail différant de l'émail normal par un simple manque de réticule myxomateux. Ce tissu a la forme de petites granules brillantes en forme de grappes ou d'un reticule indistinct. Les granules varient quelque peu en dimension et parmi eux se présentent de plus grands corpuscules granuleux qui, sans arrangement régulier, méritent encore le nom de nucléus. Les mailles de ce réticule irrégulier conservent pour base une substance mucoïde en apparence sans structure. Outre ces formations irrégulières de l'émail, nous rencontrons fréquemment des malpositions soit à l'état normal, soit à l'état anormal.

Dans un spécimen, l'émail est placé entièrement au-dessus d'une dent qui est presque anormale. Il s'étend dans une direction horizontale, presque parallèle à la surface extérieure de la muqueuse. Il s'étend vers le bas, le long de la dentine nouvellement formée et le long de la portion supérieure de la papille. Il est bordé de tissu médullaire et de bourgeons d'épithélium dérivant l'un et l'autre de l'épithélium externe, où l'épithélium interne est complètement épuisé par la formation de l'émail. La couche de tissu médullaire s'élevant de l'épithélium externe est large, mais courte d'un côté, étroite et beaucoup plus allongée de l'autre côté de l'émail. La dent est anormale non pas dans sa dimension, non pas dans l'état de son développement, mais en raison de ses papilles déviées. Ce spécimen provenait du fœtus de 7 mois et demi. La papille est contractée où la dentine commence, c'est-à-dire au collet de la dent, s'élargit brusquement au-dessous et forme un corps allongé de dimension considérable, composé de tissu médullaire et contenant un nombre considérable de grappes de cristaux d'hématoïdine qu'on voit également dans le tissu conjonctif et fibreux qui est voisin. Dans un autre cas l'émail était placé au-dessous de la base de la papille.

V. Plis, convolutions et redoublements de l'épithélium de l'émail. — Dans les deux embryons qui ont fourni des spécimens on a rencontré des formations particulières de l'émail. Près de l'épithélium externe qui, à cet âge, est invariablement fendu, nous avons quelquefois trouvé des niches épithéliales arrangées concentriquement ou des bourgeons de tissu médullaire, engagés dans un réticule myxomateux normal autrement. Beaucoup plus communes que ces formations qui résultent d'un redoublement de l'épithélium externe sont les plis et les convolutions de l'épithélium interne.

Ce dernier montre ou de simples brèches qui sont quelquefois aussi observées dans les dents normales du même état de développement. A d'autres moments il y a une série de convolutions successives de l'épithélium interne dans le voisinage duquel l'émail est, en règle, dans une condition médullaire que nous trouvons avec et sans couche intermédiaire prononcée. En fait, ces sinuosités correspondent aux sillons de l'émail et causent très probable-

ment les rainures et les sillons souvent observés sur ce tissu. Le plus haut degré de redoublement de l'épithélium interne se voit quelquefois avec des bourgeons isolés de dentine, entourés par une couche d'améloblastes et de tissu myxomateux. La dentine consiste soit en un étroit bord calcaire ou en un sac dans lequel on peut observer distinctement des canalicules dentinaux. Si le sac de la dentine semble un bord mince calcifié, il est composé de corpuscules médullaires calcifiés au-dessous desquels peuvent être observés des odontoblastes. Si le bord de la dentine est plus large et fourni de canalicules dentinaux, nous remarquons tout près une couche de corpuscules médullaires suivis d'une couche d'odontoblastes qui, d'habitude, pénètrent dans les corpuscules médullaires. Il est possible que ces formations soient le point de départ des sillons transversaux sur les surfaces labiales des dents temporaires d'enfants rachitiques, quoique ces états soient beaucoup plus communs sur les dents permanentes.

VI. Anomalies de l'émail. — C'est un trait commun dans les dents d'enfants rachitiques que les interstices entre les prismes de l'émail sont larges et leurs tenants, les fibres de l'émail, sont très distincts, suivant souvent une direction indépendante des contours des prismes de l'émail. Les prismes eux-mêmes sont finement granuleux sans lignes transversales. Ces traits sont expliqués par une calcification insuffisante de l'émail qui, en même temps, permet la section de minces couches d'émail après avoir été amolli dans une solution d'acide chromique tandis qu'il est impossible d'obtenir des sections d'émail normal de la même manière. Dans un fœtus rachitique de 8 mois on a observé des portions brun sombre dans l'émail qui doivent être considérées comme des pigments de la racine. Une autre caractéristique, c'est la direction sinueuse des prismes de l'émail, de telle sorte que, dans une section longitudinale, des couches de prismes d'émail se montrent longitudinales, tandis que d'autres sont transverses.

Le D[r] Frank Abbott a déjà attiré l'attention sur ce fait que des sections transverses de prismes d'émail alternant avec des sections longitudinales ne sont pas causées par un entrelacement des prismes, mais par leur direction sinueuse, et nos spécimens ont donné une preuve satisfaisante de l'exactitude de cette opinion.

Souvent nous observons au sommet de la dentine, dans la couche interzonale, des corpuscules médullaires soit arrangés en rangs ou disséminés irrégulièrement dans le voisinage de la dentine. Ces formations ne peuvent guère s'expliquer autrement que par la non-calcification des éléments médullaires dont les prismes d'émail tirent leur origine et leur persistance à l'état embryonnaire.

Dans le fœtus de 7 mois 1/2 l'émail apparut bordé d'un tissu médullaire dont l'origine pouvait directement être tirée des bourgeons et des grappes, restes de l'épithélium externe. Là, conséquemment, notre affirmation antérieure que l'épithélium externe fournit matière à l'augmentation de l'émail peut être directement prouvée.

VII. Anomalies de la dentine. — La dentine de toutes les dents rachitiques est remarquable par ses larges canalicules dans lesquels les fibres dentinaires et leurs rejetons latéraux sont aisément discernables. La substance de la base montre une structure réticulaire

plus ou moins marquée sans l'application d'aucun réactif. Dans le fœtus de 8 mois on remarqua des formations particulières de dentine causées évidemment par une calcification insuffisante de ce tissu.

Ces espaces envoient des rejetons en haut et en bas dans la dentine, soit sous forme de canaux dentinaux coniques ou de larges conduits. Ces espaces et leurs branches plus larges sont remplis de corpuscules médullaires dans tous les degrés de développement. Quand les espaces sont garnis de canalicules dentinaux, les tenants de ces derniers sont des fibrilles grossières avec des élargissements en forme de fuseau composés de larges granules. Dans ces espaces et dans leur voisinage nous observons des formations globulaires qui montrent les traits de dentine secondaire mal développée ou de dentine globulaire ressemblant à la structure de la dentine ou des denticules. Les espaces de cette description ressemblent aux espaces interglobulaires de Czermack mais ils sont plus irréguliers et plus larges.

VIII. Anomalie de la papille. — On y observe des cristaux d'hématoïdine groupés en grappes, dont on doit rechercher l'origine dans une imbibition par le tissu de la matière colorante du sang à un état très précoce de développement.

Ces globules n'ont été observés qu'au sommet de la papille et liés étroitement avec les fibres nerveuses médullaires. Ces globules sont pâles, finement granuleux et avec des contours unis ou lobulés. Leur intérieur montre des marques de division qui indiquent que les globules sont issus de corpuscules médullaires ou de grappes. Nous sommes incapables de déterminer la nature de ces corpuscules qui semblent en relation avec des nerfs médullés de formation nouvelle, Toutes les fibres nerveuses semblent passer entre les globules, par suite sans doute d'une direction dérivée du faisceau nerveux.

Le trait le plus intéressant de ces papilles est que les nerfs médullés apparaissent tout d'abord au sommet de la papille où les portions inférieures de la papille sont libres de nerfs et montrent seulement des vaisseaux sanguins capillaires resserrés. Les nerfs apparaissent encore composés de rangs de corpuscules médullés sans aucune trace de myéline. Les nerfs se développaient indépendamment du système nerveux ; ils n'étaient pas liés à des nerfs déjà formés du système nerveux central et, en conséquence, ils doivent dériver de corpuscules médullaires de la même manière que les autres tissus.

Ceux qui admettent la doctrine de l'exclusivisme en embryologie, en se basant uniquement sur les trois couches originales, essayeront en vain d'expliquer une semblable formation de nerfs au milieu de tissu conjonctif.

(*Contributions to the history of development of the teeth* et *Independant Practitioner.*)

MORT DUE A UN ABCÈS ALVÉOLAIRE

Un malade, employé de chemin de fer, avait été admis au Mercy Hospital de Chicago le 26 avril. Son pouls rapide marquait 105, sa température 102°, sa respiration 22 ; sa face était enflée et une crépitation particulière se manifestait. Le diagnostic fut : gangrène emphysémateuse. L'enflure s'étendit sur le cou jusqu'à la clavicule. Des incisions avaient été faites par le chirurgien du chemin de fer de chaque côté à environ un pouce de l'angle de la mâchoire, lesquelles, en coupant malheureusement l'artère faciale du côté gauche, causèrent une grave hémorragie. Du pus s'écoulait constamment de cette blessure. Le malade était auparavant un homme fort, robuste, sans souvenir d'aucune maladie antérieure. Trois semaines avant son admission, la dent de sagesse inférieure gauche, qui était cariée, était devenue douloureuse et sensible au contact de la langue ou des aliments pendant la mastication et, peu après, un abcès alvéolaire s'était formé et le mal, s'étant développé, était arrivé à l'état présent. Les ouvertures furent irriguées avec du bichlorure à 1/2000 et un revêtement à l'iodoforme fut appliqué. Du brandy et de la quinine furent prescrits à fortes doses ainsi que tous les aliments nourrissants que le malade pourrait prendre. Le 2 mai, le Dr Marshall le vit et, après éthérisation, lui arracha les deux dents de sagesse inférieures.

Le lendemain, le malade resta quelque temps assis sur une chaise. Le 6, le docteur lui enleva plusieurs gros morceaux de tissu nécrosé de la région du cou sous la mâchoire. Le 8, survenance d'une abondante hémorragie du côté gauche où l'artère faciale avait été endommagée, le pouls devient immédiatement faible et rapide et atteint 140.

En outre du brandy et de la quinine, de la digitale est prescrite pour diminuer les battements du cœur. Le lendemain le malade devient très faible et parle avec beaucoup de difficulté en raison de l'enflure de la langue. En irriguant, le liquide pénètre librement dans la bouche. Ablation d'un autre gros morceau de tissu nécrosé du côté droit. Le 10, le patient est encore très faible et a une diarrhée qu'amoindrit quelque peu une pilule d'opium. Le 11, nouvelle hémorragie de l'artère blessée, suivie d'un évanouissement et de la mort dans la soirée par suite d'épuisement. La pensée que ce malade pourrait avoir été empoisonné par une lancette malpropre doit être écartée, car le médecin qui l'a opéré est un des meilleurs chirurgiens de Chicago. Le Dr Marshall pense que la mort est due simplement à un abcès alvéolaire qui a duré trop longtemps. Si le dentiste qui avait examiné le cas le premier s'était aperçu de la dent malade ou avait traité convenablement l'abcès, la vie du malade aurait été sauvée.

(*Dental Cosmos*).

NÉCROLOGIE

Nous avons appris avec regret la mort du Dr Andrieu, directeur de l'Institut Odontotechnique. M. Andrieu avait pratiqué la médecine avant de succéder à M. Delabarre. De grandes qualités personnelles, lui assurèrent pendant la période 1860-1880 une des premières places à Paris. Nous avons dû jadis mettre en lumière des publications qui, au point de vue de la correction professionnelle, n'étaient pas sans reproches. Malgré cela nous n'avons jamais dénié à M. Andrieu des qualités éminentes, il fut longtemps l'âme de l'Institut Odontotechnique et sa perte jointe à celle de M. Brasseur est irréparable pour cette institution.

M. le Dr Andrieu laisse après lui des contributions importantes à notre littérature professionnelle, il a fait connaître aux dentistes français un des livres classiques de l'enseignement odontologique aux États-Unis, il a employé ses dernières forces à rédiger quelques ouvrages d'une valeur technique incontestable. Dans ses dernières années il sentit comme nous combien les divisions du corps professionnel étaient fâcheuses et il avait prêté très franchement l'appui de son influence à un rapprochement. Nous voyons partir ce vétéran de la profession avec regret.

Certains de nos amis avaient déjà appris avec regret la perte prématurée que nous avons faite il y a quelques mois en la personne de notre confrère Butlin.

Malade depuis plusieurs années, il était allé demander à l'Algérie un ciel plus clément, mais l'épuisement était déjà si avancé chez lui que malgré le soleil et l'air méditerranéens il succombait peu de temps après son arrivée.

Butlin était d'origine anglaise, il avait fait de la France une seconde patrie et fut des premiers à participer au mouvement de régénération de l'art dentaire en France. Le Cercle des Dentistes l'avait nommé son trésorier; il fut démonstrateur, puis chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, il s'acquitta de ses fonctions diverses avec le plus complet dévouement, tant que sa santé le lui permit.

Sa digne épouse exécuta ses dernières volontés en ramenant sa dépouille en France. Qu'elle reçoive l'expression de nos sympathies.

M. Gravollet représentait le Conseil de l'Ecole.

L'Association générale des dentistes de France fit porter une couronne au nom de tous.

NOUVELLES

Nous annonçons avec plaisir à nos lecteurs la nomination, comme officiers d'Académie de nos confrères : MM. Pigis et Touchard, de Paris, et Goupil des Pallières, de Sens.

Qu'ils reçoivent nos félicitations.

L'*Union Médicale* publie les lignes suivantes :

« Nous apprenons avec une vive satisfaction la nomination du docteur Pinard à la chaire obstétricale.

« La Faculté a été bien inspirée. Outre un talent didactique incontestable, le docteur Pinard possède encore des qualités de premier ordre, comme clinicien. Dévoué à l'enseignement, il continuera et achèvera dans cette chaire l'œuvre qu'il a commencée comme professeur libre et comme agrégé.

« Nous lui adressons toutes nos félicitations pour un succès aussi mérité. »

Le professeur Pinard s'est toujours intéressé aux efforts des dentistes; il a honoré plusieurs fois de sa présence nos séances d'inauguration. Nous joignons nos félicitations à celles de toute la presse médicale.

Le Dr Herbst a fait récemment une visite en Suisse et a fait une démonstration de ses découvertes et procédés spéciaux devant la Société odontologique suisse. Le programme était le suivant. *a*) aurification par la rotation ; *b*) or et étain pour la fermeture de la chambre pulpaire ; confection des matrices et de leur emploi ; confection d'anneaux d'or et de platine et de leur emploi sur les racines, sur les restes de couronne, pour adaptation de dents artificielles, etc. ; confection de dents à pivots et de petites pièces de prothèse, ayant pour base le platine et l'étain ; emploi du verre pour obturer les cavités visibles.

Un banquet fut ensuite offert à notre éminent confrère.

Nous apprenons qu'un certain nombre de dentistes génevois. MM. Bardet, Bauverd, Demole, Paul Guye, Fatio, L. Roussy et Wamekros viennent d'organiser à Genève une clinique dentaire en concurrence avec celle de l'Ecole dentaire de Genève.

L'Association des dentistes de Francfort-sur-le-Mein a célébré les 18 et 19 mai le 26e anniversaire de sa fondation et les deux réunions ont été très nombreuses : 35 membres présents. Il a été possible d'épuiser en grande partie l'ordre du jour en raison de ce que les séances ont duré cette année de 9 h. à 4 heures. Les travaux de Herbst, principalement, ont occupé l'assemblée, comme aussi les anesthésies au bromure d'éthyle et avec d'autres narcotiques. Le Dr Brandt, de Berlin, a présenté ses nouveaux obturateurs et des applaudissements répétés ont accueilli sa communication.

On sait qu'un arrêté du ministre de l'intérieur d'Autriche, du 12 janvier 1887, avait interdit aux praticiens-dentistes de faire des opérations dans la bouche, les travaux de cette nature étant considérés comme un empiètement sur le domaine des médecins-dentistes, et leur avait permis seulement de confectionner et de vendre des dents artificielles. Le tribunal administratif vient d'annuler cet arrêté comme entaché d'illégalité.

Un courtier d'assurances contre les risques de maladie s'est présenté il y a quelques semaines chez plusieurs de nos confrères, afin de leur offrir d'être portés sur les polices comme dentistes de la Compagnie. En échange de cette promesse et des prétendus avantages

qui en découleraient, il demandait la conclusion d'une assurance. Nous avons appris que quelques-uns de nos collègues s'étaient laissé prendre aux promesses de cet individu.

Le *Journal de Médecine de Paris* et le *Répertoire de Pharmacie* avaient mis leurs lecteurs en garde contre cette tentative d'exploitation.

La Compagnie en question intenta à ces deux journaux une action en diffamation. Le tribunal rendit le jugement suivant :

« Attendu que la Société « le Progrès » a cité devant cette chambre M. Martin, comme gérant du « Répertoire de pharmacie », à raison d'un article diffamatoire envers ladite Société, inséré et publié dans le numéro du 10 novembre 1888 ;

« Attendu qu'en ce qui concerne l'article inséré dans ledit numéro, commençant par ces mots : « Le Journal de médecine de Paris », et finissant par ceux-ci : « et les joindre à celles des médecins », l'auteur de l'écrit incriminé n'a pas nommé la Société « Le Progrès » comme commettant des escroqueries à l'égard des tiers ; qu'il ne l'a pas davantage désignée d'une manière suffisamment précise et directe ; que, dans tous les cas, il a agi dans l'espèce dans un intérêt professionnel absolument désintéressé ;

« Attendu qu'il suit de là que l'un des caractères essentiels, constitutifs du délit de diffammation, ne se rencontre pas dans l'article visé par la citation ;

« Par ces motif,

« Renvoie M. Martin des fins de la poursuite et condamne la partie civile aux dépens. »

Nous terminerons cet exposé des débats juridiques en informant nos confrères qu'une plainte a été déposée au parquet contre les agissements de cette Société. Cette plainte porte plus de soixante signatures. Les nombreux médecins et pharmaciens qui se trouvent mêlés à cette affaire sont priés d'en informer M. le docteur Régeard, 28, rue de Bondy, qui accueillera leur adhésion.

RÉPERTOIRE DE PHARMACIE.

Il y a quelque temps nous mettions en garde nos confrères contre une voleuse qui se présentait chez les dentistes en leur demandant d'aller en ville chez un prétendu malade. Cette voleuse, prise en flagrant délit chez un de nos confrères de la rue Saint-Honoré, vient d'être condamnée à 6 mois d'emprisonnement par le tribunal correctionnel.

Nous apprenons avec regret que notre sympathique collègue M. R.... vient d'être à son tour victime d'un vol exécuté dans des conditions analogues. Un individu était venu offrir de souscrire à une publication quelconque ; il profita de sa présence au salon pour faire disparaître une flûte en argent, qui était logée dans un écrin placé sur le cartonnier à musique.

Si la connaissance de ce fait peut mettre en garde nos confrères contre de semblables méfaits et faire arrêter le voleur, nous en serons heureux.

Ordre du jour de la Société d'Odontologie de Paris.

Séance du mardi 4 juin.

Conférence de M. le D[r] ASSAKY : De l'embryologie de la bouche.
POINSOT : Daviers à mors parallèles à serrement instantané.

LEMERLE : Présentation d'un abaisse-langue.

LEVRIER : Anomalie de nombre. Présentation d'obturation avec amalgame et or du Dr M. Clapp.

BIBLIOGRAPHIE

Des retards imprévus ont retardé la publication de la deuxième édition de l'AIDE-MÉMOIRE du CHIRURGIEN-DENTISTE. Il sera irrévocablement mis en vente le 15 juin.

AIDE-MÉMOIRE DU CHIRURGIEN-DENTISTE

2e ÉDITION

Première partie

THÉRAPEUTIQUE DE LA CARIE DENTAIRE

Par M. Paul DUBOIS,

Directeur de l'*Odontologie*
Président de la Société d'Odontologie de Paris.
Professeur suppléant de Thérapeutique spéciale à l'École Dentaire de Paris.

Volume in-12 de 400 pages avec 180 figures intercalées dans le texte.

En vente au bureau de l'*Odontologie*.

Chez Lecrosnier et Babé, place de l'École de Médecine, 23, et chez tous les fournisseurs pour dentistes.

Prix cartonné : **6 francs**

Ce volume comprend : le traitement de la carie dentaire avec les notions de pathologie qui éclairent le diagnostic et dirigent la conduite de l'opérateur.

La dentisterie opératoire liée au traitement de la carie dentaire. Obturation. Greffe dentaire. Couronnes artificielles. Extraction des dents. Anesthésie locale. Accidents de l'Extraction. Enumération des instruments nécessaires au praticien. Bibliographie des sujets traités dans le volume.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

PÉRIODIQUES. — TRAVAUX ORIGINAUX

The dental record (mars 1889).

Ulcerative stomatitis in imbeciles. — Stomatite ulcéreuse chez les idiots.

Absorption of the roots of pivoted teeth. — Absorption des racines dans les dents à pivot.

A case of epithelioma of the gums. — Cas d'épithélioma des gencives.

(Avril 1889).

Development of sixth year molars. — Développement des molaires de six ans.

Open bite. — Articulation défectueuse.

Washing amalgam. — Lavage de l'amalgame.

The Dental Cosmos (avril 1889).

Restoration of abraded teeth. — Restauration de dents affectées d'abrasion.

Compulsory eruption of the teeth. — Eruption forcée des dents.

Zahnärtzliches Wochenblatt (février 1889).

Transplantation eines Kleinen Schneidezahnes.— Transplantation d'une petite incisive.

Bemerkungen über die Suggestivtherapie. — Remarques sur la thérapeutique suggestive.

(Mars 1889).

Ein Anästheticum der Zukunft. — Un anesthésique de l'avenir.

Antiseptische Wirkung des Kupferamalgams. — Effet antiseptique de l'amalgame de cuivre.

Mittheilungen aus dem Operationszimmer. — Observations faites dans le cabinet d'opérations.

Ueber den Iodoformgeschmack gefüllter Zähne. — Odeur d'iodoforme dans les dents obturées.

(Avril 1889).

Zur Verlängerung des Zahnärtzlichen Studiums. — Augmentation de la durée des études dentaires.

Sublimatgyps als Pulpaüberkappung. — Plâtre sublimé pour le coiffage de la pulpe.

Durchbruch eines rudimentären, schmelzlosen Zahnes. — Fracture d'une dent rudimentaire, sans émail.

Sublimatgyps als Wurzelfüllung. — Plâtre sublimé pour l'obturation des racines.

(*mai 1889*)

Zur Studienfrage : La question des études. — Schmey : Die Inhalations. — Anasthetica. : L'anesthésie par inhalation.

British Journal of dental science (avril 1889).

Four cases of fractured inferior maxilla. — Quatre cas de fracture du maxillaire inférieur.

Facial neuralgia. — Névralgie faciale.

(*mai 1889.*)

Hutchinson. — A surgeon's notes on certain diseases and malfors mations of the teeth. — Notes d'un chirurgien sur certaines maladie- et malformations des dents.— Woodhouse : Antisepticisme in dental surgery. — Antiseptie en chirurgie dentaire.

Sutton. — On the relation of rickets to som forms of odontomes. — Relation du rachitisme avec certaines formes d'odontomes.

The dental review (avril 1889).

The formation of dentine and its appearance in health and decay.

— Formation de la dentine et son aspect à l'état sain et à l'état carié.

Annealing gold. — Or en anneaux.

Odontomes. — Odontomes.

Destroying and removing the pulp. — Destruction et enlèvement de la pulpe.

Dental electrics. — Electricité dentaire.

The Ohio journal of dental science (mars 1889).

The careful finishing of amalgam fillings. — Le finissage des obturations à l'amalgame.

Adopting artificial dentures. — Dentiers artificiels.

Amalgam. — Amalgame.

Practical hints. — Idées pratiques.

Proceedings of Chicago dental Society. — Travaux de la Société dentaire de Chicago.

Gum colored porcelain fillings. — Obturations de porcelaine avec la couleur de la gencive.

A study of the effects of cocaine upon man and some of the lower animals. — Effets de la cocaïne sur l'homme et quelques animaux inférieurs.

Sensitiveness of dentine and its control. — Sensibilité de la dentine et son moyen de contrôle.

Antiseptics. — Antiseptiques.

Journal für Zahnheilkunde (mars 1889).

Bromäthyl-Narcosen. — Narcoses au bromure d'éthyle.

(*mai 1889.*)

Stern. — Constitutionskraft und Zahnverfall. — Force de la constitution et chute des dents.

Blersch. — Zur Behandlung von Eiterungen in der Highmore hohle. — Traitement de la suppuration dans le sinus maxillaire (antre d'Highmore).

The journal of the British dental Association (avril 1889).

The register for 1889. — Annuaire pour 1889.

Cocaine. — La cocaine.

The International dental journal (*mai 1889*).

Barker : Scientific advances. Progrès scientifiques. — Farrar : Retaining plugs usedin regulating. Fouloirs de rétention employés pour régulariser. — Davis : Sofh foil and progressive dentistry. La feuille de métal souple et les progrès de la dentisterie.

Zahntechnische Reform (mars 1889).

Amalgam-Zahnkronen. — Couronnes en amalgame.

Zahnärtzliche Rundschau (avril 1889).

Amalgam, seine Eigenschaften und Bearbeitung. — L'amalgame, ses qualités et sa manipulation.

Eine neue Anwendung des Cofferdam-Locheisens. — Un nouvel emploi du perçoir pour la digue.

Das beste Mittel zur Verhütung des Abstehens des Kautschuks von den Zähnen nach der Vulcanisation. — Le meilleur moyen d'empêcher la séparation du caoutchouc des dents après la vulcanisation.

Correspondenz-Blatt für Zahnärtzte (avril 1889).

Glas als Füllungsmaterial. — Le verre comme obturant.

Herstellung und Anwendung einiger werthvoller Cocaïn-Präparate. — Préparation et emploi de quelques produits cocaïnés.

Die saüre Reaction der Phosphatcimente in feuchtem Zustande. — Réaction acide du ciment au phosphate à l'état humide.

Künstlicher Ersatz eines resecirten rechtsseitigen Oberkiefers. — Réfection artificielle d'un maxillaire supérieur droit réséqué.

Spritze zum Füllen der Wurzelkanäle mit antiseptischer Pasta. — Seringue pour remplir les canaux radiculaires de pâte antiseptique.

Krankheiten der Kieferknochen. — Maladies des os des maxilliaires.

Mundlöffel und die Popielsche Universal Composition. — Porte-empreinte et composition universelle de Popiel.

Ein Besuch am zahnärtzlichen Institut der Universität Leipzig. — Visite à l'Institut dentaire de l'Université de Leipzig.

Neue Art der Anwendung der Korundumscheiben. — Nouveau mode d'emploi des disques de corindon.

Praktische Zahnformen. — Moules pour dents.

OUVRAGES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

Black (G. V.). — A study of the histological characters of the periosteum and peridental membrane. — Etude des caractères histologiques du périoste et de la membrane péridentaire. (Chicago. W. E. Keener).

Brannt (William F.). — Metallic alloys. A practical guide for the manufacture of all kinds of alloys, amalgams and solders used by metal workers, dentists. — Alliages métalliques. Guide pratique de la préparation de toute espèce d'alliages, amalgames et soudures employés par ceux qui travaillent les métaux, les dentistes, etc. (Londres, Sampson Low).

Fisher (W. M.). — Compulsory attention to the teeth of school children. Soins obligatoires aux dents des enfants des écoles. (Dundee, Matthew and Cy.).

Sewart (John). — The mouth, with special reference to the science of dentistry. — La bouche au point de vue spécial de la dentisterie. (Glascow, J. Mc. Geachy et Cy.).

Turevitch (Eugen.). — Ovlijanü Kokaina na usasyvanie. — Effet de la cocaïne par absorption (St-Pétersbourg, Evdokisnova).

Armin Rothmann. — Patho-histologie der Zahnpulpa und Wurzelhaut. — Patho-histologie de la pulpe dentaire et du périoste (Stuttgart, Ferdinand Enke).

Charles E. Francis. — The achievements and hopes of our speciality, annual oration delivered before the Academy of dental science, Boston. — Les résultats et les espérances de notre profession. Discours prononcé devant l'Académie dentaire de Boston.

Thomas Fillebrown. — A text-book of dentistry. — Traité de dentisterie opératoire. (Philadelphie, Blakiston).

Eissler. — The metallurgy of gold : a practical treatise on the metallurgical treatment of gold-bearing ores. — La métallurgie de l'or. Traité pratique du traitement métallurgique des mines d'or. Londres).

HEWITT (FREDERICK). — Select methods in the administration of nitrous oxide and ether : a handbook for practitionners and students. — Méthodes choisies pour l'emploi de l'oxyde nitreux et de l'éther. (Londres, Baillière, Tindall et Cox).

HOLBROOK (ARTHUR). — Practical suggestions on personal care of the teeth. — Idées pratiques sur les soins de la bouche. (Milwaukee).

THE RECORD published by the students's society of the New-York college of dentistry each month, from october to march inclusive.— Rapport publié par la Société des étudiants du collège dentaire de New-York, chaque mois, d'octobre à mars inclusivement.

RICHARDSON (JOSEPH). — A practical treatrise on mechanical dentistry. — Traité pratique de dentisterie mécanique. (Philadelphie, P. Blakiston, fils et Cie).

SILK (J. FRED W.) — A manual of nitrous oxide anœsthesia, for the use of students and general practitioners. — Manuel de l'anesthésie à l'oxyde nitreux, à l'usage des étudiants et des praticiens. Londres, Churchill).

WALKHOFF (OTTO). — Eine conservative Behandlung der erkrankten Zahnpulpa. — Traitement conservateur de la pulpe (Leipzig).

PARREIDT (JUL.). — A compendium of dentistry for the use of students and practitioners. — Traité de dentisterie à l'usage des étudiants et des praticiens. (Chicago, Keener).

RODOLFO DEL CASTILLO QUARTIELLERZ. — Nuevo proceder para la reseccion del cuerpo del maxilar inferior. — Nouveau procédé pour la résection du maxillaire intérieur (Cordoue).

VOL. 9. Paris, Juin 1889 N° 6.

L'ODONTOLOGIE

EMBRYOLOGIE DE LA BOUCHE

CONFÉRENCE DE M. LE Dr ASSAKY

(Faite devant la Société d'odontologie de Paris)

Séance du 4 juin 1889

Dans l'état actuel de la science l'embryologie de la bouche est une question des plus controversées, et on peut dire que, malgré les nombreux matériaux que les recherches modernes apportent à l'élucidation de ce problème, la discussion reste ouverte, surtout en ce qui concerne la question de doctrine.

A part l'intérêt purement scientifique qui se rattache à cette étude, l'histoire du développement de la bouche, et en particulier celle de l'os intermaxillaire, présente en outre un intérêt spécial au point de vue de la tératologie dentaire, à cause des éléments nouveaux apportés par les recherches relatives aux germes dentaires et aux dents supplémentaires.

I

La mâchoire supérieure est un massif osseux constitué par la réunion de nombreuses pièces osseuses qui portent en ostéologie des noms différents, et qui, sur le crâne adulte, sont séparées par des lignes de suture. Mais en dehors de l'os malaire, des palatins, des cornets, etc., qu'il est toujours facile de retrouver et de désarticuler sur les têtes d'adultes, il existe un petit os dont il est facile de trouver les limites chez le fœtus et l'enfant, mais qui, plus tard, se soude d'une façon intime à l'os maxillaire supérieur, de façon à ne laisser aucune trace de son existence primitivement indépendante.

Très rarement on trouve un léger sillon, vestige de la suture transitoire. Ce petit os est situé entre les maxillaires supérieurs; c'est l'os intermaxillaire. Et de même que la face est constituée par la réunion de deux os maxillaires supérieurs, il existe également deux os intermaxillaires.

Je ne vous dirai rien de l'historique de l'os intermaxillaire, je me contenterai de vous rappeler que, signalé par Gallien qui l'avait étudié sur le singe, il fut tour à tour admis et nié jusqu'à Charles Estienne qui, en 1546, donna la description de deux os fort petits, « juxtement posez au lieu qui apparoist depuis le « nez jusques à la lebvre d'en haut. Ce sont ceux auxquelz les « dents de devant que l'on nomme incisoires sont affichez. » Au XVIIIe siècle, Nesbitt, Albinus, puis Vicq-d'Azyr publient des mémoires sur ce point d'anatomie, et c'est après ces auteurs que Gœthe fit paraître son travail ; son retentissement dans le monde savant fut tel qu'aujourd'hui encore on attribue au grand philosophe la découverte de cet os.

Cette étude entre ensuite dans une voie plus précise avec les recherches d'ostéogénie dues à Béclard, Chaussier, Serres, Leuckart, etc. Une troisième phase est inaugurée par les recherches embryologiques de Kolliker, d'Albrecht, de Hamy.

Citons enfin les travaux très consciencieux faits ces dernières années par Biondi, Warynsky et Auguste Broca.

Permettez-moi de vous rappeler en quelques mots le développement de la face.

Le premier rudiment de la bouche se présente chez l'embryon humain sous forme d'une fossette, d'une excavation, que limitent en haut un bourrelet frontal, et sur les parties latérales deux proéminences, qui vont bientôt croître, s'allonger et donner naissance aux arcs faciaux. La bouche n'est donc, au début, qu'une dépression bornée d'une façon peu précise par de simples bourrelets; mais cette dépression sera transformée en cavité, grâce à l'accroissement, à l'allongement des parties périphériques voisines qui tendront à se rapprocher de plus en plus les unes des autres, à se réunir, à se souder, fermant ainsi sur les côtés et en avant la fossette primitive.

Du bourrelet frontal descend un bourgeon médian : le bourgeon frontal. Des bourrelets latéraux naissent plusieurs palettes latérales : les arcs branchiaux, dont le premier, celui qui nous

intéresse, porte le nom d'arc facial. Cet arc facial donne naissance à deux bourgeons : l'un inférieur, le *bourgeon maxillaire inférieur;* l'autre supérieur, le *bourgeon maxillaire supérieur*, qui, en se réunissant au bourgeon frontal, produiront le massif maxillaire supérieur.

Dans cette coalescence, le bourgeon frontal, ou du moins les parties qui en proviennent, est situé entre les bourgeons maxillaires supérieurs ; c'est lui qui fournira l'os intermaxillaire.

Tous ces détails peuvent être parfaitement suivis sur la figure 1 empruntée au magnifique atlas de W. His.

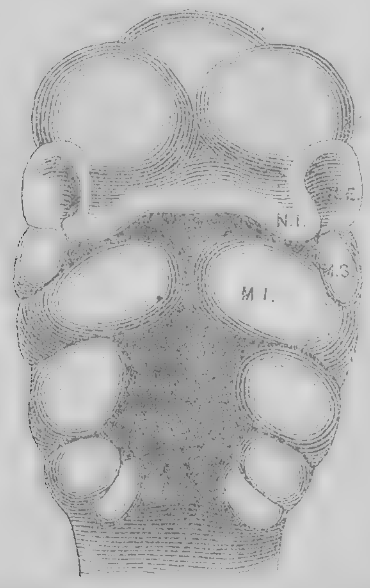


Fig. I. — Premiers rudiments de la face. — N. I., Nasal interne; N. E., Nasal externe; M. S., Maxillaire supérieure ; M. I., Maxillaire inférieure.

Mais avant de se souder au bourgeon maxillaire supérieur, le bourgeon frontal s'est bifurqué, a donné naissance de chaque côté à deux petits bourgeons secondaires qui limitent la narine en dedans et en dehors et qui portent, à cause de leur situation, le nom de *bourgeon nasal interne*, *bourgeon nasal externe*. Ces bourgeons, qui sont bien distincts sur la figure 1 et s'observent séparés par un espace relativement considérable, se trouvent, par la suite du développement, refoulés sur la ligne médiane et comme comprimés par les bourgeons maxillaires

supérieurs qui tendent de plus en plus à se rapprocher de l'axe du corps. Aussi, en comparant la disposition des bourgeons nasaux sur les figures I, II et III, est-on frappé des modifications survenues dans les dimensions et les rapports de ces différentes parties.

Un point important à noter, que les recherches classiques ont établi, c'est que le bourgeon nasal externe ne prend aucune part à la formation de la lèvre supérieure. Tout ce qui se trouve au-dessous des narines, les parties molles constituant la lèvre, de même que le rebord osseux qui supporte les dents, provient exclusivement du bourgeon maxillaire supérieur uni au bourgeon nasal interne. Le bourgeon nasal externe ne donne naissance qu'à des parties assez restreintes de la face, à savoir : la partie externe des fosses nasales, une portion de l'ethmoïde, les unguis et les os propres du nez.

Ces palettes latérales qui, en contournant l'excavation buccale primitive, sont venues se réunir au bourgeon frontal, ont bien contribué à limiter la bouche en avant et sur les côtés, mais elles ont laissé subsister une cavité unique, étendue de la base du crâne au rudiment de la langue. Cette cavité unique sera bientôt subdivisée en compartiments secondaires par un système de cloisons qui se détacheront de la face interne des différents bourgeons faciaux. Ainsi les bourgeons maxillaires supérieurs fourniront deux cloisons transversales, horizontales (ou à peu près horizontales) qui se souderont sur la ligne médiane et formeront la cloison naso-buccale, voûte du palais et plancher des fosses nasales. Ces lames progressent d'avant en arrière et de dehors en dedans et leur soudure, qui ne se fait pas d'ensemble, débute également en avant, derrière les arcades dentaires. La limite antérieure de ces lames se trouve au trou palatin antérieur.

En même temps qu'a lieu ce cloisonnement horizontal, on voit naître du bourgeon frontal une cloison verticale qui descend du côté de la bouche et sépare la fosse nasale commune en fosses nasales droite et gauche. Où s'arrête cette cloison verticale ? au raphé de la voûte palatine qu'il contribue à former. Il résulte donc de ces données que la voûte osseuse de la cavité buccale est constituée par la réunion des trois lames qui s'y donnent rendez-vous, provenant, en majeure partie, des lames

maxillaires supérieures et, pour une très petite part de la lame verticale. Cette lame verticale est connue en anatomie descriptive sous le nom de cloison médiane des fosses nasales; elle est formée par deux os distincts chez l'adulte : la lame verticale de l'ethmoïde et le vorner.

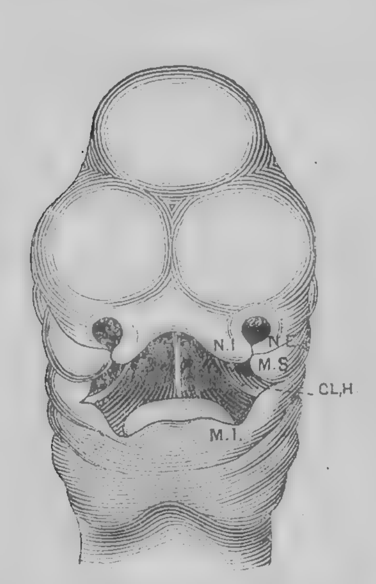
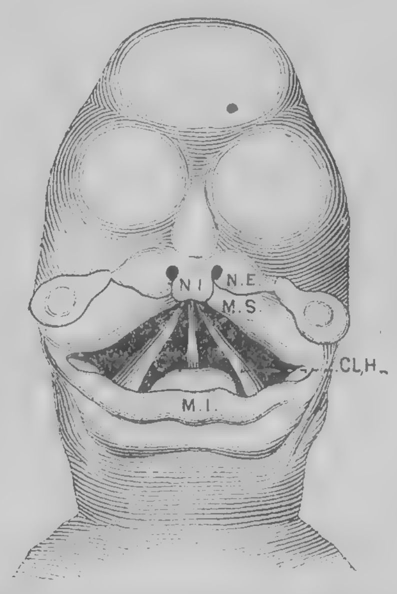


Fig. II. — Bouche d'un embryon de de 35 jours. N. E., Nasal interne; N. E., Nasal externe; M. S., Maxillaire supérieur; CL. H., Cloison horizontale; M, I., Maxillaire inférieur.



Fig, III. — — Bouche d'un embryon; de 40 jours : NI., Nasal interne NE., Nasal externe; M.S. Maxillaire supérieur; C.L.H., Cloison horizontale; M. I., Maxillaire inférieur.

Les figures II et III représentent les différents stades de cette évolution. On y voit la coalescence des bourgeons faciaux, le développement des cloisons. Ceux-ci sont en réalité des phénomènes simultanés et non successifs comme dans ma description.

Si nous cherchons maintenant à résumer en une formule l'origine embryologique des parties molles et des parties dures de la face, nous l'établirons ainsi :

CENTRES DE FORMATION	PARTIES DU SQUELETTE FORMÉES
Bourgeon maxillaire supérieur ou B. M. S.	Os malaire, maxillaire supérieur jusques et y compris la canine, lames horizontales.
Bourgeon nasal externe ou B. N. E.	Parties externes des fosses nasales, masses latérales de l'ethmoïde, unguis, os propre du nez.
Bourgeon nasal interne ou B. N. I.	Os inter-maxillaires (portant les incisives) (lame verticale).

Ces notions étant bien établies, rien n'est plus facile que de les appliquer à l'explication des cas tératologiques.

II

Que, par suite d'un arrêt de développement, le bourgeon maxillaire supérieur d'un côté ne se soude pas à l'os intermaxillaire correspondant, il en résultera une fente connue en pathologie sous le nom de bec-de-lièvre. Ce bec de-lièvre sera latéral s'il passe entre la rainure et les incisives ; si le défaut de coalescence ne porte que sur les parties molles superficielles, la lèvre seule sera fendue à ce niveau : le bec-de-lièvre unilatéral sera dit simple. Que si, au contraire la réunion n'a pas eu lieu dans la profondeur, le défaut de substance portera non seulement sur le rebord alvéolaire, mais encore pourra s'étendre plus ou moins loin, en montrant une solution de continuité à la voûte palatine. Dans ce cas l'on a affaire à un bec-de-lièvre compliqué ; on comprend fort bien qu'il puisse y avoir dans cette malformation différents degrés selon le stade embryonnaire où se sera produite la cause perturbatrice. Dans d'autres cas, l'arrêt de développement est bilatéral, l'os incisif ou intermaxillaire reste isolé des parties osseuses voisines, n'est en connexion qu'en arrière avec la lame verticale qui, comme lui, procède du bourgeon frontal. Il y a dans la situation, la forme, les dimensions de l'os intermaxillaire ainsi isolé, des variétés nombreuses sur lesquelles il est inutile d'insister. Tous les traités de pathologie exposent d'une façon circonstanciée ce genre de malformations. Enfin, le bourgeon frontal peut avorter ou du moins ne pas arriver à complet développement; dans ce type, la pièce intermaxillaire manque, la cloison verticale n'est le plus souvent qu'ébauchée, la formation rappelle l'époque primitive d'une cavité unique dont je parlais tout à l'heure : ce malade est atteint de ce qu'on appelle *gueule-de-loup*.

Voilà quelles étaient les notions ayant cours dans la science, il y a une dizaine d'années avant la publication des travaux d'Albrecht, qui tendent à modifier complètement non seulement la conception du bec-de-lièvre, mais aussi l'histoire du développement de la bouche. Si les travaux qui ont été publiés sur ce

sujet ont contribué, dans une certaine mesure, à étayer les opinions de cet auteur, il faut pourtant dire qu'un certain nombre d'excellents observateurs ne les acceptent qu'avec une grande réserve et soutiennent l'opinion classique. Albrecht a plus minutieusement étudié qu'on ne l'avait fait avant lui les rapports des alvéoles, des germes dentaires et des fissures osseuses ; et le fait principal qui s'est dégagé de son examen, c'est que dans le bec-de-lièvre latéral, — dans l'immense majorité des cas, du moins, — la fissure ne passe pas, comme le prétendent les classiques, entre la canine et l'incisive latérale, mais bien entre l'incisive médiane et l'incisive latérale. Mais comme, d'autre part, il est dûment constaté que l'observation classique n'est pas erronée, Albrecht a été amené à la théorie suivante :

Il existe de chaque côté deux os intermaxillaires (quatre en tout) un intermaxillaire interne et un intermaxillaire externe. L'intermaxillaire interne supporte l'incisive médiane, l'intermaxillaire externe l'incisive latérale. La fente passe tantôt entre le bourgeon maxillaire supérieur et l'intermaxillaire supérieur et l'intermaxillaire externe (fissure classique), tantôt entre les deux intermaxillaires du même coté, c'est-à-dire entre les deux incisives (fissure d'Albrecht).

On doit dire aussi que les faits invoqués par Albrecht n'avaient rien de nouveau. Les classiques avaient parfaitement observé la fissure intercincisive, bien qu'ils la considérassent comme moins fréquente. L'explication qu'ils en donnaient était seule différente. On admettait en effet, avant Albrecht, que le point d'ossification de l'os intermaxillaire peut se dédoubler (Leuckart décrivait ce phénomène sous le nom de duplification du point d'ossification). Ils avaient décrit le bec-de-lièvre à triple fissure ainsi que des cas où le tubercule médian, au lieu de porter quatre incisives, n'en possédait que trois, ou même deux ; dans ces cas, il était admis que l'un ou les deux noyaux d'ossification externes manquaient. Ce que les classiques appellent points d'ossification interne et externe, Albrecht les décrit sous le nom d'intermaxillaire interne ou *endognathion* et intermaxillaire externe ou *mésognathion*. Il réserve le nom d'*exognathion* au maxillaire supérieur proprement dit. L'intermaxillaire interne (endognathion) est petit, triangulaire adossé à son congénère du côté opposé. Le mésognathion (intermaxillaire externe) est formé

d'une portion horizontale qui fait partie du rebord alvéolaire et d'une autre ascendante qui constitue l'apophyse nasale.

Les observations d'Albrecht l'ont donc porté à nier la formule classique du développement de la face. Pour lui, le bourgeon nasal externe qui, pour la plupart des auteurs, ne prend aucune part à la formation de la lèvre supérieure et du rebord dentaire antérieur, descend au contraire sur la même ligne que le bourgeon nasal interne, se soude en dedans à celui-ci, et en dehors au bourgeon maxillaire supérieur; il donne naissance à l'intermaxillaire externe ainsi qu'à la portion de lèvre qui le recouvre.

Vous voyez, Messieurs, la différence capitale qui existe entre la théorie d'Albrecht et la théorie classsique. Pour celle-ci toutes les incisives naissent du bourgeon nasal interne; le bourgeon nasal externe ne descend pas au-dessous de la narine et ne renferme ni alvéole, ni germe dentaire. Pour Albrecht, au contraire, le bourgeon nasal externe prend, comme son congénère, le bourgeon nasal interne, une part active à la formation de l'arcade dentaire supérieure; il est préposé au développement de l'incisive latérale. Voilà pourquoi, dans la fissure d'Albrecht, la fente qui sépare les deux incisives pénètre dans la narine.

Si nous cherchons à synthétiser les notions précédentes, nous pourrons exprimer l'opinion d'Albrecht par la formule suivante:

B. N. E. — Intermaxillaire externe.

B. N. I. — Intermaxillaire interne.

Néanmoins, Albrecht admet une autre variété de fissure dans laquelle la fente passe entre le bourgeon nasal externe et le bourgeon maxillaire supérieur; cette fente, au lieu de pénétrer dans la narine, remonte derrière celle-ci et se dirige du côté de l'orbite. Il donne le nom de *colobome de la lèvre supérieure* à cette variété de bec-de-lièvre.

Si les choses se passent en réalité ainsi, si les fissures dans le bec-de-lièvre double sont vraiment interincisives, comment se fait-il que (fait constaté par Albrecht lui-même) il y ait des tubercules médians portant trois et même quatre incisives?

Albrecht explique ces faits par la présence d'un côté ou des deux côtés de dents supplémentaires.

Le tubercule médian qui normalement ne devrait contenir

que les deux incisives médianes présente parfois, par suite d'une anomalie réversive, une ou deux dents supplémentaires. Vous savez que les animaux supérieurs les plus proches de l'homme possèdent en général six incisives, trois de chaque côté. Dans les anomalies dentaires, associées au bec-de-lièvre, il s'effectue un retour vers ce type ancestral. Le tubercule médian isolé est le plus souvent hypertrophié, il est bien plus vascularisé qu'à l'état normal, et ces conditions sont éminemment favorables au développement d'une néoformation dentaire.

Ce qui prouve bien, ajoute Albrecht, que même dans le tubercule médian à quatre incisives la fissure passe entre les deux intermaxillaires, c'est que l'incisive latérale est en place contre la canine. Il existe en tout six incisives dont deux précanines. De plus l'incisive précanine est séparée de la canine par une suture, trace de la soudure du bourgeon maxillaire supérieur et de l'intermaxillaire externe.

Quand la fissure passe entre la canine et le tubercule médian et que celui-ci ne renferme que deux incisives, Albrecht admet l'absence par atrophie, par défaut de développement, de l'intermaxillaire externe ; dans ces cas les incisives latérales manquent en effet.

(*Suite et fin au prochain numéro*).

PRÉSENTATION DE DAVIERS-CLEFS A MORS PARALLÈLES A SERREMENT INSTANTANÉ

Par M. Poinsot

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Vers 1864, 1865, la clef de Garengeot était employée à peu près exclusivement comme instrument d'extraction des dents.

Il existait bien à cette époque de nombreuses clefs perfectionnées, mais, si ces dernières offraient des avantages sur la clef construite au XVIII[e] siècle, elles ne réussissaient qu'à diminuer de grands inconvénients, sans toutefois les supprimer.

Des fabricants d'instruments de chirurgie firent de consciencieuses études pour perfectionner les pinces d'extraction, qui, quoique très anciennement connues, n'étaient employées, pour extraire les dents, qu'après une luxation préalable à l'aide de la clef.

Ces pinces dentaires modifiées changèrent de nom et devinrent nos instruments actuels sous le nom de *daviers*.

Deux pinces dentaires, une courbe et une droite, suffisaient jadis pour toutes les dents indistinctement. Mais la précision des mors des nouvelles pinces empêchait leur usage indistinct, et chaque dent ou groupe de dents exigea une pince appropriée.

Au début de cette nouvelle fabrication, qui remonte à la date indiquée plus haut, les daviers étaient loin des perfectionnements actuels. En règle générale, sauf de rares exceptions, l'instrument se formait par l'usage et ne devenait bon qu'après avoir brisé, broyé, bon nombre de dents, sans les avulser.

Le succès opératoire était alors hérissé de difficultés. Le davier était combiné pour saisir une dent quelconque ; or, chaque fois que la préhension se produisait sur une dent d'un volume différent, la face interne des mors n'appuyait, n'emboîtait qu'une très faible partie de la couronne, parfois la moins résistante ; la fracture en résultait trop souvent, et une opération rapide et peu douloureuse se transformait en une opération longue et compliquée.

Il n'en est plus ainsi : les daviers ont été depuis bien perfectionnés, et je constate avec orgueil qu'un de ceux qui ont le plus contribué à ce perfectionnement est notre compatriote Evrard dont nous possédons le médaillon.

Il convient de dire que les Evrard étaient rares en 1865, aussi pour obvier aux défectuosités de notre arsenal opératoire, eus-je l'idée de faire construire des daviers à mors parallèles. MM. Robert et Colin, de la maison Charrière, réalisèrent ma conception et établirent un modèle sur mes indications; la pratique prouva la valeur opératoire de ce système, car, pendant plusieurs années dans les hôpitaux, à l'Hôtel-Dieu, principalement dans le service de chirurgie de M. le Dr Maisonneuve, ils servirent couramment.

Cependant l'usage de cet instrument ne s'est pas répandu autant que cela eût été souhaitable. Cela tenait à deux causes :

premièrement si le système était bon, il ne pouvait donner complète satisfaction que si des mors parfaits de formes y étaient adaptés, or Evrard était en Angleterre et personne dans notre pays n'établissait les mors des daviers en copiant les formes anatomiques.

Les daviers fabriqués par MM. Robert et Colin rendaient de réels services; il n'en fut pas de même de ceux fabriqués par nombre de maisons rivales, aussi ces instruments nouveaux, établis dans les plus mauvaises conditions, ne donnèrent-ils pas les résultats qu'on pouvait en attendre.

Le second inconvénient résidait dans le mode de rapprochement des mors parallèles; en effet, lesdits mors s'éloignaient et se rapprochaient à l'aide d'une vis à trois pas, mue par une barrette dont les mouvements rotatoires assuraient le glissement. Outre que cette préparation était assez longue à obtenir, elle nécessitait plusieurs conditions sans lesquelles un échec était à craindre.

L'immobilité du patient était indispensable ainsi que l'usage des deux mains de l'opérateur, (une main pour fixer les mors de l'instrument sur la couronne de la dent à extraire, pendant que l'autre main opérait le rapprochement des mors).

Ces petits inconvénients m'ont amené à rechercher le parallélisme des mors différemment.

J'eus recours successivement à plusieurs fabricants.

Le problème à résoudre était peu aisé, il soulevait des difficultés mécaniques de plus d'un genre et la plupart renoncèrent à réaliser l'idée.

Néanmoins je ne puis passer sous silence les noms suivants : MM. Salles, Greuillot, de la maison Ash, de Londres, qui arrivèrent à des résultats encourageants.

Je dois aussi une mention spéciale à M. Colin, qui mit à ma disposition les ressources de sa grande expérience en matière d'instruments de chirurgie.

Nous étions dans une bonne voie : à chaque effort, nouveaux progrès, mais le but n'était pas atteint encore, car le système des daviers à mors parallèles peut, au point de vue critique, subir le reproche applicable à tous les daviers en général, de ne pouvoir, dans les extractions difficiles, proportionner la pres-

sion à la solidité des bords et à l'effort considérable que parfois on est obligé de faire.

Cette force déployée peut même dans certains cas produire la section, voire même l'émiettement de la couronne de certaines dents friables. C'est pourquoi nous continuions nos recherches, demandant à tous les échos une solution irréprochable.

Aujourd'hui, j'ai la satisfaction de vous présenter un instrument nouveau type, qui atteint le but cherché. C'est au talent et à la science de M. Fougerolles que je dois ce résultat heureux.

Mon davier a les avantages suivants :

Par un système de serrage instantané, rapide autant que précis, une dent est saisie et serrée d'après la force de résistance de ses bords sans que le serrement s'accroisse pendant le temps de l'opération, quelle que soit la solidité d'implantation des racines, de sorte que nous possédons les qualités des premiers instruments jointes aux avantages des perfectionnements actuels, sans les désavantages inhérents aux deux systèmes.

Il demeure évident que cet instrument n'est que le prototype de ceux que nous posséderons ultérieurement ; cependant à la clinique de l'Ecole vous avez pu vous convaincre du bien-fondé des avantages de l'instrument, soit en assistant aux opérations que j'ai faites, soit en opérant vous-mêmes.

La coupe de l'instrument, permettant l'étude de son mécanisme, fait partie des instruments exposés dans notre vitrine à l'Exposition universelle.

Je suis heureux de pouvoir vous présenter un progrès évident dans cette partie de notre arsenal opératoire et je ne regrette qu'une chose, c'est que ce progrès se soit fait attendre un quart de siècle environ.

Je vous ferai remarquer aussi que le retard de ce résultat ne saurait m'être reproché, car la présentation de mon premier appareil date de 1868. L'idée du parallélisme des mors du davier pour les opérations dentaires m'a poursuivi depuis ce temps, et je suis heureux de la voir enfin se réaliser sous une forme réellement pratique.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1889

LA CLASSE XIV (MEDECINE ET CHIRURGIE)

I

La vitrine de l'École dentaire de Paris

L'Exposition de l'Ecole Dentaire de Paris se singularise entre les expositions de praticiens et de fournisseurs qui l'entourent. Elle n'est pas la représentation des efforts et des recherches dans une direction unique comme les beaux travaux de restauration faciale de M. Martin ou de M. Préterre. Elle n'est pas une exhibition industrielle comme celles des fabricants d'instruments ou de matériaux à usages de dentistes.

Non! elle est quelque chose d'autre et de particulier.

Pour avoir des éléments de comparaison, il aurait fallu que d'autres écoles dentaires figurassent à côté d'elle. Elles manquent, sauf l'Ecole Dentaire de Genève, qui a envoyé quelques intéressants spécimens d'anomalies et des coupes pour l'examen microscopique.

C'est la première fois que notre enseignement professionnel se présente au grand public. Pour le juger, on doit non seulement examiner la vitrine qu'il possède au palais des Arts Libéraux, mais encore les faits, les résultats, dont cette vitrine est la représentation imparfaite.

Comme on le verra par le catalogue qui suit, notre exposition comprend deux grandes divisions :

1° Une partie pédagogique.

2° Une série de travaux ; publications, appareils, inventions, perfectionnements, dus à des membres du corps enseignant ou à des membres de l'Association générale des Dentistes de France.

Les 250 numéros qui constituent l'ensemble de cette exposition dénotent une activité considérable dans les directions les plus diverses que tous les hommes du métier apprécieront.

L'œuvre professionnelle est un tout solidaire qui ne comporte guère de distinctions importantes entre ses éléments constitutifs et on doit savoir gré à tous ceux qui veulent bien collaborer à son édification. Les expositions sont bien souvent des réclames personnelles en l'honneur de ceux qui y participent ; rien de semblable chez nous. Notre exposition, comme l'Ecole Dentaire elle-même, est une œuvre collective et impersonnelle ; et si ceux qui ont à l'apprécier trouvent qu'elle mérite une récompense,

l'honneur en sera pour tous les dentistes qui y ont collaboré et non pour quelques-uns.

Nous ne commenterons donc pas longuement notre catalogue; pourtant nous ne pouvons nous empêcher de dire quelques mots des pièces et documents les plus importants qui sont rassemblés dans notre vitrine.

L'Exposition Universelle de 1889 nous trouve après dix ans d'existence, et cela nous fournissait l'occasion de jeter un regard en arrière sur notre histoire de dix ans.

Au point de vue du cadre scolaire, deux faits frapperont le visiteur.

L'Ecole Dentaire de Paris eut d'abord pour siège un appartement au quatrième étage d'une maison à locations commerciales. (Plans n° 1 n° 2). Elle occupe actuellement un hôtel aménagé en grande partie pour son usage particulier. (Plans et vues n°s 3 à 7). Ce résultat tangible de dix ans d'efforts parle de lui-même, nous n'y n'ajouterons rien.

Les documents sur l'organisation scolaire : sommaire des cours, principaux épisodes de la vie scolaire, méritent une étude attentive, et les dentistes étrangers qui voudront étudier nos moyens d'enseignement seront heureux d'avoir à leur disposition une source aussi abondante d'informations. Pour notre compte, nous aurions été heureux d'en trouver de semblables lors de notre visite aux Etats-Unis.

Notre matériel scolaire intéressera les initiés; nous signalerons surtout le petit modèle réduit de fauteuil adopté à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris et fabriqué par M. Mamelzer. Etant donné les besoins spéciaux d'une clinique d'école, il était nécessaire de combiner un mécanisme très simple, quoique solide et de prix peu élevé. Après des améliorations successives, M. Mamelzer est arrivé à construire pour notre service un fauteuil que l'expérience nous a montré supérieur, à prix égal, aux différents modèles que nous avons eus.

Comme spécimens de dentisterie opératoire, nous signalerons la série de travaux de M. Heidé qui est remarquable autant par la perfection d'exécution que par la valeur démonstrative, chaque temps d'opération étant montré.

Les séries de MM. Lemerle et Ronnet sont moins importantes, elles n'en méritent pas moins l'étude attentive des spécialistes.

M. Gravollet, chef du laboratoire de prothèse, a fait pour ce qui le concerne une série analogue à celle de M. Heidé : les différentes phases d'une pièce sont représentées. Puisque l'enseignement demande des leçons de choses, on ne peut les souhaiter plus complètes.

Dans une exposition de centenaire, il faut faire une place au passé, nous ne l'avons pas oublié, aussi notre vitrine montre-t-elle

des spécimens d'appareils et d'instruments d'une grande valeur historique pour notre art. Quelques pièces en hippopotame de sculpture primitive, les premiers modèles de dents minérales, des appareils or et hippopotame de construction plus moderne, tels que les faisaient les bons dentistes de la première moitié du XIXe siècle. Les pelicans, les pinces à becs de corbin du XVIIIe siècle, les premiers essais de fraiseuse mécanique de M. Wiesner complètent cette partie rétrospective.

L'arsenal opératoire actuel, en tant qu'il a été perfectionné par des membres de l'Association, offre une très grande variété et montre quelle part active nous prenons à l'édification du progrès professionnel. Nous mentionnerons surtout les daviers à mors parallèles de M. Poinsot, les applications de l'électricité à l'art dentaire, injecteurs à air chaud de MM. Barbe, Poinsot; maillet à aurifier de M. Gillard; galvano-cautère de M. Godon.

En prothèse les appareils en aluminium fondu de M. Pillette, les appareils à pont de MM. Chauvin, Prevel, Godon, Barrié; les restaurations faciales de MM. Gravollet, Gillard, Poinsot, sont également remarquables; dans cette voie on ne peut égaler les praticiens qui ont fait de la restauration faciale une spécialité.

Les publications et travaux scientifiques émanant des membres du corps enseignant, de membres de la Société d'odontologie sont non moins considérables.

L'Ecole Dentaire de Paris a doté notre littérature professionnelle d'un *Manuel d'anatomie dentaire*, d'un *Aide-Mémoire de pathologie et de thérapeutique* qui atteint actuellement sa 2e édition, d'un journal qui est la publication professionnelle périodique la plus considérable existant actuellement en langue française. A ces trois publications principales s'ajoutent nombre de monographies sur les sujets les plus divers touchant tous les problèmes que la pratique et la science soulèvent.

Cet ensemble est tout à fait nouveau, il marque une transformation de notre art, transformation dont les résultats sont dès maintenant incalculables. Il était nécessaire que ce côté de l'activité nationale fût représenté à notre exposition du Centenaire. En voyant ce qu'une école libre comme l'Ecole centrale des Arts et Manufactures (dont l'exposition est à l'entrée du Palais des Arts libéraux a produit), on peut bien augurer de la fondation qui vit le jour 23 rue Richer.

Notre rôle économique est moins important que celui des ingénieurs, c'est peut être pour cela que les faveurs gouvernementales nous sont un peu parcimonieusement octroyées. Nous ne désespérons pourtant pas. Déjà quelques hommes étrangers à notre art, de ceux dont la science française s'honore, ont bien voulu reconnaître la grandeur de notre but.

Notre exposition prouve ce qu'on peut faire en dix ans quand tout est à créer. La tâche sera plus facile à nos successeurs.

L'exposition actuelle montre que ces grandes solennités du progrès ont, dans Paris et la France, un cadre fait pour elles. Il est possible que l'aurore du xxe siècle fournisse l'occasion d'une nouvelle exposition. Espérons que nos successeurs, exposants d'alors, voudront bien se rappeler nos efforts en l'honneur de la profession et de la patrie.

CATALOGUE

L'exposition de la « Société civile de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires de Paris » comprend :

1° Les programmes, méthodes et procédés d'enseignement de l'Art dentaire en usage à l'Ecole.

2° Les instruments et les appareils inventés ou perfectionnés par des professeurs ou des élèves de l'Ecole ou des membres de la société.

Elle se divise ainsi :

1° LIEUX OU SE DONNE L'ENSEIGNEMENT

I. Plans de l'Ecole de 1880 à 1888.
II. Principaux épisodes de la vie scolaire.
III. Matériel scolaire. Dentisterie opératoire. — Prothèse dentaire.

2° COMPOSITION DE L'ENSEIGNEMENT

I. Programmes de l'Enseignement : Cours théoriques. — Cours pratiques. — Dentisterie opératoire. — Prothèse dentaire.
II. Musée. — Dentisterie opératoire. — Prothèse dentaire.
III. Bibliothèque.
IV. Clinique.

3° RÉSULTATS DE L'ENSEIGNEMENT

I. Appareils ou instruments inventés ou perfectionnés par des professeurs ou des élèves de l'Ecole ou des membres de la Société. — Dentisterie opératoire. — Prothèse dentaire.
II. Livres travaux scientifiques et communication (Société d'Odontologie.)
III. Archives (Journal l'Odontologie), circulaires annuelles, etc.
IV. Œuvres fondées par des professeurs ou des élèves de l'Ecole ou des membres de la société.

1° LIEUX OU SE DONNE L'ENSEIGNEMENT

Nos

1 Plan de l'Ecole 1880 à 1882. Un seul appartement au 1er étage, rue Richer, 23.

2 Plan de l'Ecole 1882 à 1888. Deux appartements au 2e, 3e et 4e étage, rue Richer, 23.

Plan de l'Ecole 1888 à ce jour. Hôtel particulier, 4 rue Turgo et 57, rue Rochechouart.
3 Plan du rez-de-chaussée.
3 Plan du 1er étage.
4 Plan du 2e étage.
6 Vue de l'Ecole façade de la rue Rochechouart. Photographie.
7 Vue de l'Ecole façade de la rue Turgot. Photographie.

I. — *Principaux épisodes de la vie scolaire.*

8 *a.* Coup d'œil général de la grande salle des opérations.
9 *b.* Examen par le professeur des malades nouveaux entrants.
10 *c.* Salle d'anesthésie (pendant une anesthésie).
11 *d.* Position du patient, de l'élève et du démonstrateur pendant l'opération (1re et 2e années).
12 *e.* Position du patient de l'élève et du démonstrateur pendant l'opération (3e année).
13 *f.* Séance des travaux pratiques (cours de chimie).
14 *g.* Coup d'œil général de la salle des cours (au moment des cours théoriques).

II. — MATÉRIEL SCOLAIRE (*dentisterie opératoire*).
(*Spécimen des instruments employés à l'Ecole*)

Clinique. — Fauteuil d'Ecole. — Dessin représentant :
15 Fauteuil de la clinique, exécuté par M. Wirth (dessin).
16 Fauteuil de la clinique, modèle réduit par M. Mamelzer.
17 Tour de cabinet, modèle réduit par M. Mamelzer.
18 Tablette d'opération, modèle réduit par M. Mamelzer
19 Crachoirs, modèle réduit par M. Mamelzer.
20 Trousse d'étudiant (1re, 2e et 3e années), modèle prêté par M. Cornelsen.
20 *bis,* Boîte d'instruments (1re, 2e et 3e années), modèle prêté par M. Ash et fils.
21 Seringue pour l'anesthésie locale (cocaïne).
23 Sondes à canaux.
24 Tire-nerfs.
25 Poire à air chaud, etc.
26 Série de 22 daviers employés à l'Ecole dentaire de Paris, modèles prêtés par MM. Gray et Son, de Sheffield.
27 Petite pharmacie, modèle prêté et exécuté par M. Dubois, de Paris.
28 Seringue employée à l'Ecole, modèle de M. Poinsot, de Paris.

MATÉRIEL SCOLAIRE (*Prothèse dentaire*).
(*Laboratoire de prothèse*).

29 Table de travail, modèle réduit, exécuté sous les ordres de M. Gravollet, chef de laboratoire de prothèse.
30 Appareil à vulcaniser, exécuté par M. Mamelzer.
31 Modèles de moufles, exécutés par M. Mamelzer.
32 Tour d'atelier, exécuté par M. Mamelzer.
33 Chevilles d'atelier, modèle exécuté par M. Mamelzer.
34 Spécimens de porte-empreintes.
35 Spécimens de dents artificielles.
36 Trousse d'instruments de prothèse (1re, 2e et 3e années).
Spécimens des instruments de prothèse employés prêtés par M. Cornelsen.

MATERIEL SCOLAIRE (*travaux pratiques*).

Trousses de dissection.
39 Microscope (gravure).
40 Appareil Molteni (gravure).

Programme de l'Enseignement (Cours théoriques).

41 Tableau résumé du programme d'enseignement.
42 Composition du corps enseignant.
43 Diplôme de l'Ecole.
44 *Spécimens de pièces servant à l'enseignement.*
45-46 Dent et maxillaire de Lemercier.
Chronologie de l'évolution du système dentaire, M. Prével, chef de clinique.

45	Maxillaire d'enfant	1 an.	
46	— —	2 »	1/2.
47	— —	3 »	1/2.
48	— —	6 »	
49	— —	7 »	
50	— —	7 »	1/2.
51	— d'adolescent	16 »	»
53	— d'adolescent	18 »	»
52	— de vieillard	70 »	»

Programme de l'Enseignement (Dentisterie opératoire).

57 Spécimens des travaux de 1re, 2e et 3e années exécutés par M. Heidé, professeur-adjoint.

1 Couronne en or; 2 Couronne en or; 3 Montrant la dent avant l'application de l'émail; 4 Application de l'émail naturel; 5 Montrant, etc.; 6 Application, etc.; 7 Montrant, etc.; 8 Application, etc.; 9 Montrant, etc.; 10 Application, etc.; 11 Montrant, etc.; 12 Application, etc.; 13 Couronne en or; 14 Couronne en or; 15 Obturation au ciment de la chambre pulpaire et des canaux de la première grosse molaire supérieure gauche; 16 Montrant le scellement d'une vis dans la chambre pulpaire aidant à tenir un plombage, application de la matrice; 17 Aurification par or adhésif en feuilles sans matrice de la première grosse molaire supérieure droite; 18 Combinaison d'étain et or système Herbst dans une cavité d'une deuxième grosse molaire supérieure gauche; 19 (*a*) Montrant la cavité non préparée d'une deuxième bicuspide gauche supérieure, (*b*) La même dent obturée au ciment; 20 Une même dent obturée avec la matrice; 21 (*a*) Canine supérieure droite avec cavité au bord libre, (*b*) Aurification d'une pareille cavité de la canine supérieure gauche; 22 Aurifications latérales avec de l'or en feuilles de la canine supérieure droite; 23 Coupe longitudinale d'une biscupide avec racine obturée d'un ciment antiseptique et obturation à l'amalgame de la cavité; 24 Coupe longitudinale d'une incisive inférieure montrant le canal [illegible] Aurification avec de l'or adhésif en feuilles de la partie tranchante d'une incisive inférieure; 26 (*a*) Aurification avec de l'or d'un coin d'une incisive inférieure, (*b*) Aurification avec de l'or d'une cavité latérale inférieure; 27 (*a*) Montrant la cavité avec l'aurification, (*b*) Aurification faite sans matrice; 28 (*a*) Montrant la préparation de la cavité avant

l'aurification, (*b*) Aurification des fissures d'une dent de sagesse inférieure ; 29 Obturation à l'amalgame d'une troisième grosse molaire ; 30 Obturation au ciment d'une première grosse molaire inférieure ; 31 Application de matrice pour les mêmes cas ; 32 (*a*) Montrant la cavité avant l'obturation ; (*b*) Obturation à l'amalgame avec anneau or (Herbst) ; 33 (*a*) Montrant la dent avant l'obturation, (*b*) Application d'une dent artificielle fixée avec amalgame et anneau or ; 34 (*a*) Aurification par méthode rotative (Herbst) avec matrice ; (*b*) Aurification par méthode rotative (Herbst) avec matrice ; 35 (*a*) Montrant la dent avant l'obturation ; (*b*) Même dent, application d'un morceau de verre et anneau en or (système Herbest) ; 37 Montrant le verre fondu prêt à être appliqué ; 38 Aurification par méthode Herbst de toute la face antérieure d'une incisive médiane supérieure ; 39 Aurification par méthode Herbst de toute la face antérieure de 2/3 d'une incisive médiane supérieure ; 40 Aurification par méthode Herbst de toute une grosse molaire ; 41 Aurification par méthode Herbst d'une petite molaire.

58 Spécimens de travaux de 1re, 2e et 3e années exécutés par M. Lemerle, professeur adjoint.

Trois maxillaires indiquant le travail des élèves de 1re, 2e et 3e années.

59 Spécimens des travaux de 1re, 2e et 3e années exécutés par M. Ronnet, professeur adjoint.

Première année

Carie non pénétrante. Côté droit : cavités préparées. Côté gauche : obturations au ciment et à l'amalgame.

2e année

Coiffage de pulpes, coiffe en place, reconstruction au ciment, différentes matrices employées pour les obturations. Côté droit : cavités préparées pour l'obturation. Côté droit : reconstitution au ciment et à l'amalgame, coiffage de pulpes d'obturation de face triturante. Fin de cours : caries pénétrantes, reconstitution partielle ou totale. Côté droit : digue en place, reconstitution à l'amalgame, cavités préparées et canaux obturés, obturation à l'étain. Côté gauche : reconstitution au ciment, préparation de cavités avec canaux ouverts, essais d'obturation à l'étain.

Travaux pratiques (Laboratoire de prothèse).

Programme d'enseignement de la prothèse dentaire.
Spécimens de modèles types (exécutés par des élèves).

Première année

60 Série de six dents en buis, exécutées par M. Willer.
61 Série de quatre dents en hippopotame.
62 Deux blocs hippopotame de quatre et six dents.
63 Appareil hippopotame, deux dents.
64 Appareil hippopotame, quatre dents.
65 Appareil caoutchouc vulcanisé de deux dents.
66 Appareil caoutchouc vulcanisé de six dents.
67 Appareil celluloïd de 12 dents.

2e année

68 Appareil de dents à pivot deux dents.
69 Appareil de dents en or, à pivot deux dents.
70 Appareil caoutchouc et dents à tube sept dents.
71 Appareil aluminium fondu procédé de M. Pillette, professeur.
72 Appareil aluminium fondu, pour redressement, de M. Pillette, professeur.
73 Appareil or et caoutchouc à succions, de M. Pillette, professeur.
74 Appareil or pour redressement exécuté par M. Noël, de Nancy.

3e année

75 Dentier en caoutchouc et ressort exécuté par M. Gardenat.
76 Dentier en celluloïd et dents minérales.
77 Dentier en celluloïd et dents naturelles.
78 Dentier hippopotame et dents naturelles.
79 Appareil à succion en celluloïd et dents à gencive.
80 Appareil à succion en celluloïd et dents à gencive.
81 Appareil à succion monté en cire.
82 Appareil pour restauration buccale de M. Gravollet-Leblan, chef de laboratoire de prothèse.
83 Obturateur de la voûte palatine et nez artificiel.

Différentes phases de la construction d'un appareil en caoutchouc vulcanisé.

84 Empreintes.
85 Modèles coulés en plâtre.
86 Appareil en cire.
87 Appareil mis en moufle.
88 Appareil mis en moufle et bourré.
89 Appareil sortant du volcanisateur.
90 Appareil terminé.

Différente phases de la construction d'un appareil en métal

91 Empreintes.
92 Modèle préparé pour mouler au sable.
93 Modèle en zinc avec plaque métal estampée.
94 Matrice en plomb.
95 Modèle avec quatre crochets en métal.
96 Pièce terminée.

Musée — *Dispositions générales*

Dentisterie opératoire du XVII, XVIII et XIXe siècles.
Anciens instruments (par ordre chronologique).
97 Pélicans de différents modèles.
98 Pinces dites à becs de corbin.
99 Pinces à séquestre.
100 Clefs.
101 Poussoirs.
102 Spécimen de tire-fonds fait en 1848, par M. Wiesner.
103 *bis* Moteur perforateur fait en 1849.
106 Dents minérales anciennes à tube.

107 Dents minérales anciennes dites diathroriques.
108 Dents minérales anciennes à rainures et à gencives.
109 Dents minérales anciennes à crampons.
110 Appareils prothétiques en porcelaine.
111 Appareils de deux dents en hippopotame.
113 Spécimens de dents en hippopotame faits au siècle dernier par un dentiste de Caen.
115 Articulateurs en bronze faits en 1856 par M. Wiesener.
117 Appareils quatre dents en métal à 2 pivots.
118 Appareil sur métal de dix dents à rainures.
119 Dentier à tube haut et bas sur platine.
120 Dentier en hippopotame et dents naturelles.
121 Dentier en or et dents à gencive.
122 Appareil du bas partiel avec moignons en hippopotame.

BIBLIOTHÈQUE

124 Catalogue, Règlement.
124 Spécimens des livres classiques.

CLINIQUE

123 Livre des observations.
124 Bulletins de clinique.
125 Feuilles de présence.
126 Cartes des élèves (1re 2e et 3e années).
127 Cartes de membres et recommandation pour malades.

3° RÉSULTATS DE L'ENSEIGNEMENT

I. Appareils et instruments inventés ou perfectionnés par des professeurs, ou des élèves, ou des membres de la Société.

Dentisterie opératoire

128 Injecteur électrique à air chaud, par M. Poinsot.
129 Trépan pour retirer les pivots cassés, par M. Pombet (de Pau).
130 Pompe à salive, par MM. Ronnet et Trallers.
131 Appareil à aquapuncture, par M. Poinsot.
132 Clef Ritouré, par M. Poinsot.
133 Série de daviers à mors parallèles, par M. Poinsot.
134 Elévateur, par M. Martial-Lagrange, chef de clinique.
135 Clamps, par M. Barbe.
136 Ciseau émail, par M. Lemerle, professeur adjoint.
137 Sonde et tire-nerfs platine irridié, par M. Dubois, professeur suppléant.
138 Galvano cautères pour canaux dentaires, modèle de M. Ch. Godon, exécutés par MM. Contenau et Godart, fabricants.
139 Sondes en platine irridié, par M. Dubois, professeur suppléant.
140 Porte absorbant, par M. Choquet.
141 Ecarteur avec miroir, par M. Barbe, exécuté par M. Heymen.
142 Névrotôme, par M. Groult, exécutés par M. Mamelzer.
143 Injecteur à air chaud, par M. Wiesner.

144 Modèle de matrice, par M. Levett, Contenau et Godart, fabricants.
145 Maillet électrique, par M. Gillard, professeur suppléant.
146 2 abaisse-langues, par M. Lemerle, professeur adjoint.
147 Injecteur électrique à air chaud, par M. Barbe.

Prothèse dentaire (instruments et appareils)

148 Appareil contenteur pour fracture des os propres du nez, de M. Gravoïlet-Leblan, chef de laboratoire de prothèse.
149 Restauration buccale et faciale, de M. Gravoïlet-Leblan.
150 Obturateur de la voûte palatine et nez artificiel, de M. Gravollet-Leblan. Rétention du nez par l'appareil.
152 Fronde et mentonnière, de M. Ronnet, professeur adjoint.
153 Appareils en aluminium fondu, pièces sorties telles quelles sous le coup de la fonte et sans opérations, de M. Pillette, professeur.
154 1 pièce à parties mobiles.
155 1 pièce à crochets d'attache éloignés.
156 1 pièce pour une perte de substance du maxillaire.
157 1 pièce avec pivot fondu d'un seul jet.
158 1 pièce avec pivot fondu d'un seul jet.
159 1 plaque avec dent rapportée répétition.
160 1 pièce avec dents soudées en caoutchouc.
161 1 pièce, 2 appareils de redressement ayant servi.
162 1 pièce aluminium fondu, par M. Barris, élève de 3e annee.
163 1 pièce métallique 3 dents à 3 pivots convergents, de M. Prével, chef de clinique.
164 1 dent à pivot à tige de scellement, de M. Prével, chef de clinique.
165 1 appareil de redressement, de M. Noël (de Nancy).
166 1 appareil à gencive continue avec dents à tube, de M. Feuvrier.
167 1 appareil à gencive continue avec dents naturelles, de M. Feuvrier.
168 1 appareil à gencive continue avec palais caoutchouc, de M. Feuvrier.
169 1 appareil de prothèse, dents mobiles, de M. Pillette, professeur.
170 Articulateur, de M. Noël (de Nancy).
171 Dents à 2 pivots, de M. Ch. Godon, directeur adjoint.
172 Appareil pour abcès du sinus, de M. Ch. Godon.
173 Appareil pour obtenir le parallélisme de pivots, de M. Ch. Godon.
174 Appareil à ponts mobiles sans racines, de M. Ch. Godon.
175 Appareil à ponts pour pivots parallèles et dents naturelles, de M. B. Chauvin, professeur suppléant.
176 Nez artificiel en celluloïd, de M. Gillard.
177 Procédé de dérochage du caoutchouc après la vulcanisation, de M. E. Boivin.
178 Presse hydraulique pour l'estampage, de M. P. Poinsot, professeur.
179 Serre-moufles pour le bourrage, de M. Rollin.
180 Procédé de restauration buccale en caoutchouc, de M. R. Chauvin, professeur suppléant.
181 Appareil en caoutchouc, de M. Poirier.

182 Appareil pour redressement, de M. Wiesner.
183 Pièce à pont, de M. Barrié, chef de clinique.
184 Pièce en celluloïd avec dents aurifiées, de M. D. E. Lecaudey, directeur.
185 Procédé de reproduction en cire colorée (modèle de tumeur de la gencive), de M. Poirier, élève de 3e année.
186 Dent à pont, de M. Zamkoff, élève de 3e année.
187 Photographies de restauration faciale, de M. Poinsot, professeur.

Livres, travaux et communications scientifiques

188 Aide-mémoire du chirurgien-dentiste, 1re édition, par M. Dubois, professeur suppléant.
188 *bis Idem* (2e édition).
189 Anatomie dentaire, par M. le Dr Decaudin.
190 L'art dentaire aux Etats-Unis, par M. Dubois.
191 Travaux de la Société d'odontologie (liste des communications, rapports annuels), par M. Blocman, professeur.
192 Rapport sur l'Art dentaire aux Etats-Unis, par M. Kuhn.
193 Coupes de dents pathologiques, par M. Poinsot, professeur.
195 La réforme de l'art dentaire. Services dentaires gratuits de France, par M. Ch. Godon, directeur adjoint.
196 L'avenir de l'art dentaire en France, par le Dr E. Lecaudey, directeur.
197 L'Odontologie dans l'antiquité, par le Dr Thomas, bibliothécaire.
198 L'aurification par la rotation, par M. Heidé, professeur adjoint.
199 La reconstitution des dents couronnées, par M. Heidé, professeur adjoint.
200 L'or mou représenté comme matière obturatrice, par M. P. Chauvin, professeur suppléant.
201 L'enseignement de l'art dentaire, programme procédés et méthode d'enseignement, par M. Ch. Godon, directeur adjoint.
202 Leçon clinique sur les maladies de la pulpe dentaire, par M. Ch. Godon, directeur adjoint.
203 De la diathèse urique et de son action dans la cavité buccale, par M. Poinsot, professeur.
204 Reconstitution de l'identité des cadavres par l'examen du système dentaire, par M. Ch. Godon, directeur adjoint.
205 L'hynoptisme en chirurgie dentaire (communication présentée à la Société d'odontologie de Paris, le 5 mai 1888, par M. Ch. Godon, directeur adjoint.
206 Conférence sur l'histologie des tissus dentaires, faite (le 5 octobre 1888, à la Société d'odontologie de Paris), par le Dr Marié, professeur.
207 Les applications de l'électricité à l'Art dentaire (conférence faite le 24 avril 1888, à la Société d'odontologie de Paris, par M. Serres, professeur.
208 Conférence sur l'enseignement professionnel et spécial (1882), par le Dr Aubeau, professeur.
209 Le Paraldéhyde, par le Dr Aubeau, professeur.
210 Anesthésie prolongée obtenue avec le protoxyde d'azote à la pression normale, par le Dr Aubeau, professeur.
211 L'or adhésif et l'or mou (communication à la Société d'odontologie de Paris, le 23 novembre 1886, par M. Levett, professeur.

212 Reproduction en cire coloriée des pièces pathologiques et anormales de la cavité buccale (communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 21 décembre 1886, par M. Ch. Poirier, chef de laboratoire de prothèse.
213 Céramique dentaire dans ses applications aux appareils destinés à la bouche, leçon de concours, par M. Giliard, professeur suppléant
214 Traitement de la carie de 2me degré, par M. Dubois, professeur adjoint.
215 Traitement de la carie de 4me degré, par M. Dubois, professeur adjoint.
216 Scellement des tubes pour les dents à pivot, par M. R. Chauvin, professeur suppléant.

Contribution à l'étude de la pathologie du système dentaire ; statistique de l'hôpital des Enfants malades, par M. Legret, chef de clinique.

Collection du journal :

217 Bulletin du Cercle des dentistes 1879 à 1881.
218 L'Odontologie 1881 à 1889.
219 Index bibliographique de tous les travaux sur l'art dentaire publiés par les professeurs, les élèves et les membres de la société. (Voir l'*Odontologie*).
220 Histoire générale de l'Ecole et des différentes Sociétés qui gravitent autour : Association générale des dentistes de France. Société d'Odontologie de Paris. Caisse de prévoyance. Syndicat professionnel. Chambre syndicale.
221 Professeurs, élèves, diplômés. (Voir dernière circulaire).
222 Listes des membres fondateurs, souscripteurs et honoraires
223 *Brochures circulaires annuelles de l'Ecole :*

Fondation de l'Ecole dentaire (1880).

Deuxième circulaire annuelle de l'Ecole et de l'hôpital dentaires libres de Paris (23, rue Richer) 1881-1882 ; troisième circulaire 1882-1883 ; quatrième circulaire 1883-1884 ; cinquième circulaire 1884-1885 ; sixième circulaire 1885-1886 ; septième circulaire 1886-1887 ; huitième circulaire, 1887-1888 ; neuvième circulaire, 1888-1889.

224 *Programmes d'examens* :

Année scolaire 1880-1881, *dito* 1881-1882, *dito* 1882-1883, *dito* 1883-1884, *dito* 1884-1885, *dito* 1885-1886, *dito*, 1888-1889.

225 *Règlement des examens* :

Année scolaire 1880-1881, *dito* 1881-1882, *dito* 1882-1883, *dito* 1883-1884, *dito* 1884-1885, *dito* 1885-1886, *dito* 1886-1887, *dito* 1887-1888, *dito* 1888-1889.

Règlements et programmes des cours avec les indications des modifications qu'ils ont subies depuis le début.

Séances d'inauguration. — Rapports annuels.

226 Le passé de l'Odontologie, par le Dr Thomas, bibliothécaire.
227 Compte rendu de la 2me séance d'inauguration. — Discours de M. Pillette, professeur de prothèse.
228 Compte rendu de la 3me séance d'inauguration sous la présidence de M. Ulysse Trélat, professeur à la Faculté de Méde-

228*bis.* cine de Paris, le 1er décembre 1882; et de la 4me séance, sous la présidence de M. le professeur Verneuil, novembre 1883.

229 Compte rendu de la 5me séance d'inauguration sous la présidence de M. Paul Bert, membre de l'Institut, ex-ministre de l'instruction publique, le 1er novembre 1884.

230 Compte rendu de la 6me séance d'inauguration, sous la présidence de M. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, le 30 octobre 1885.

231 Compte rendu de la 7me séance d'inauguration, sous la présidence de M. Mesureur, député, ex-président du Conseil municipal de Paris, le 30 octobre 1886.

231 Compte rendu de la 8me séance d'inauguration, sous la présidence de M. le Dr Bourneville, député de la Seine, le 5 novembre 1887.

233 Compte rendu de la 9me séance d'inauguration, sous la présidence de M. G. Ollendorf, délégué de M. le ministre du Commerce, le 10 novembre 1888.

234 Rapports présentés à l'Assemblée générale des souscripteurs membres sociétaires de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires libres de Paris par le secrétaire général, M. Ch. Godon, directeur adjoint, le 17 août 1882. — 30 janvier 1885. — Février 1886. — Janvier 1887. — Janvier 1888. — Janvier 1889.

235 Association générale des dentistes de France 1879 à 1886. Rapports de M. Ronnet trésorier.

236 Statuts modifiés et adoptés définitivement par l'Assemblée générale des souscripteurs le 17 août 1882.

237 Statuts de 1886.

238 *Bibliothèque.* — Rapport de M. le docteur Thomas, présenté au Conseil de Direction le 20 octobre 1885. Règlement pour la Bibliothèque de l'Ecole. — Catalogue de la Bibliothèque.

Documents historiques

240 Projet de fondation à Paris d'une Ecole professionnelle de chirurgie et de prothèse dentaires présenté au Cercle des dentistes le 4 décembre 1879 par M. Ch. Godon, vice-secrétaire du Cercle des dentistes de Paris. — Projet tel qu'il fut présenté à l'adoption du Cercle des dentistes à la séance du 25 mars 1880.

241 Souscription ouverte par le Cercle des dentistes pour la fondation de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires libres de Paris.

242 Le Cercle des dentistes de Paris et la chambre syndicale de l'Art dentaire. — Résumé du discours de M. E. Stoess. — Réponse de M. Godon, secrétaire général.

243 Débat entre M. Lecaudey, président du comité d'organisation de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires libres de Paris et de M. le Dr Andrieu, président de la chambre syndicale odontologique de France.

244 Protestation du Cercle des dentistes de Paris adressée à M. le ministre de l'Instruction publique contre la pétition de la Chambre syndicale de l'Art dentaire sur la réglementation de l'exercice de l'Art dentaire.

245 Le Cercle des dentistes de Paris et la Chambre syndicale des dentistes Français à tous les dentistes de France.

246 Rapport présenté par M. P. Dubois au nom de la commission chargée d'examiner le projet de la Faculté de médecine sur la réglementation de l'Art dentaire.

247 Pétition adressée à MM. les membres du Conseil municipal par la Société civile de l'Ecole et Hôpital dentaires libres de Paris.

248 Simples réflexions à propos d'une nouvelle Ecole dentaire par M. le Dr E. Lecaudey, directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Œuvres fondées par les professeurs ou les élèves de l'Ecole dentaire de Paris

249 Service dentaire pour la clinique de l'Ecole.
Services dentaires pour les bureaux de bienfaisance de la ville de Paris.
Services dentaires pour les écoles communales.
Services dentaires pour les hospices d'aliénés de la Seine.
Services dentaires pour l'orphelinat municipal (Cocquerel).
Services dentaires pour le dispensaire du IXe arrondissement.
Services dentaires pour les enfants des écoles communales de St-Gratien.
Services dentaires à Rouen, Niort, Dieppe, Vernon, etc. :

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

DE 1889

Nous publions la suite des titres de communications qui nous sont parvenus.

OSCAR AMOEDO. — Du traitement des dents sans pulpe, en une séance.

BRADGER, *de Kreutslingen.* — Sur les obturateurs, avec démonstrations sur des malades.

BARRIÉ. — Contribution à l'étude du travail à pont.

BERGSTROM. — 1° présentation d'un tour dentaire sans roue ; 2° Présentation d'un injecteur à air chaud.

CHAUVIN. — 1° Essais sur la cocaïne ;

2° La gingivite. Classification. Clinique thérapeutique rationnelle ;

3° Démonstrations d'aurifications à l'or mou ;

4° Démonstration de réimplantation de racines excavées au-delà du bord cervical, avec scellement de couronnes naturelles ;

5° Scellement de plusieurs tubes, parallèles par l'aurification, pour le placement de pièces à pont.

DAVID. — Sur la réglementation de l'Art dentaire en France.

JOHNSON. — L'éducation dentaire.

FAYOUX. — Sur un nouveau produit pour empreintes.

HARLAN, *de Chicago*. — Les médicaments à action diffuse sur la dentine vivante ou morte.

POINSOT. — Présentation de daviers à mors parallèles avec serrement instantané. Démonstration clinique.

KUHN. — Description d'une installation avec moteur à air comprimé et piles au sel ammoniac.

PRETERRE. — De la division du voile du palais. Parallèle entre l'intervention chirurgicale et la prothèse. Présentation de sujet.

The Dental Review, du 15 juin, a inséré un article ainsi intitulé : « Allez-vous à Paris ? » Puis notre confrère détaille les conditions de temps et de dépenses du voyage.

L'International Dental journal de juin publie un excellent article en faveur du Congrès de Paris. Le rédacteur de l'*International Dental journal* commente les différentes communications reçues de MM. Brasseur, Dubois et Kuhn et les approuve ; il s'élève ensuite contre l'idée lancée par la *Dental Review* demandant la réunion en 1892, à Chicago, d'un Congrès international dentaire.

Le *British Journal of Dental scienee* a publié dans son n° du 1er juin 1889, un chaleureux appel du Dr Cunningham à nos confrères de la Grande-Bretagne en faveur du Congrès international. L'auteur a su mettre en relief toutes les raisons qui militent pour la participation des dentistes de tous les pays à la grande réunion professionnelle de 1889.

Items of Interest, de Philadelphie, a également inséré le programme du Congrès.

M. R. Heidé, professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris, a été nommé représentant de l'Association des dentistes norvégiens au Congrès.

Le Danemark sera représenté au Congrès par M. Haderop, de Copenhague.

La Société Dentaire de Brooklyn a désigné MM. R. Jarvie et F. T. Van Noërt comme représentants de la Société au Congrès.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 4 juin 1889

PÉSIDENCE DE M. DUBOIS, PRÉSIDENT.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. le Président. — Les problèmes que soulève le commencement de l'être nous touchent non seulement par les anomalies dentaires, mais encore par les anomalies buccales et des maxillaires. M. le Dr Assaky, à qui la science embryologique est familière, a consenti à nous exposer ce soir les faits essentiels se rattachant à cette question ardue.

Je lui donne la parole.

I. — CONFÉRENCE DE M. LE Dr ASSAKY SUR L'EMBRYOLOGIE DE LA BOUCHE

(Insérée aux travaux originaux).

Des projections à la lumière oxydrique, des présentations de pièces anatomiques, permettent à M. Assaky d'illustrer les considérations qu'il présente.

Une salve d'applaudissements témoigne au conférencier de son succès et de l'intérêt que l'auditoire a pris à sa démonstration si nette.

M. le Président. — Nous savons comment les dents finissent, comment les maxillaires se résorbent et s'atrophient; mais les premiers linéaments de la face et des mâchoires n'étaient connus que d'un petit nombre de dentistes de notre génération. Le Dr Assaky nous les a exposés d'une façon claire et limpide ainsi que la genèse de leurs anomalies. J'estime que nous tirerons de l'étude de la conférence de ce soir un grand profit. C'est la première fois qu'on expose cette question devant des dentistes; il est heureux qu'elle ait été traitée aussi complètement. Nous ne pouvons que nous féliciter de voir le corps médical dans ce qu'il a de plus distingué nous apporter son concours et placer devant nos yeux les questions de science générale qui se rattachent à notre spécialité.

II. — PRÉSENTATION D'UNE PILE POUR L'ÉCLAIRAGE DE LA BOUCHE

Par M. DELAMARRE

M. Delamarre. — J'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation une petite pile et une petite lampe à incandescence qui sont déjà dans la main de nombre de vos confrères. Son mérite est dans sa simplicité ainsi que dans son prix peu élevé. Je ne vous la donne pas comme puissante, mais elle rendra de grands services surtout pour le diagnostic.

M. le Président. — M. Godon a l'expérience de ce petit modèle; s'il veut nous dire ce qu'il en pense, nous serons mieux fixés à cet égard.

M. Godon. — J'ai fait l'acquisition d'un de ces appareils et la pile

m'a paru très pratique. Elle a bien fonctionné pendant deux mois, mais, depuis, je dois dire qu'elle a laissé à désirer. Quant à la lampe de M. Delamarre, elle peut être très utile pour l'examen de la gorge, car elle renvoie plutôt la lumière de ce côté, mais nous avons mieux dans la petite lampe à glace que M. Telschow est venu nous présenter au mois d'octobre dernier et dont je me sers utilement.

M. Dubois. — En principe, ces lampes et ces piles n'ont rien d'original, mais le progrès est dans le prix peu élevé et dans le faible coût de l'entretien.

III. — Appareil a pont a plusieurs pivots, par M. Godon.

M. Godon. — Permettez-moi de vous présenter l'appareil qui a été la cause de la construction du petit instrument que je vous ai soumis à la dernière séance pour obtenir le parallélisme des pivots. Je vous présente également un autre appareil à pont mobile et pouvant être fixé sans le secours de racines. Un défaut des appareils à pont, c'est d'être fixés dans la bouche et de ne pas pouvoir s'enlever pour le nettoyage. Ce procédé consiste à placer dans les dents voisines cariées — en supposant le cas où l'appareil à pont est indiqué — des attaches émergeant en dehors de la carie et maintenant un tube à pivots qui portent dans les deux dents. On fait, par ce procédé, de la dent à pivots sans racine. Voici une canine avec un tube carré ; de l'autre côté une canine, une grosse molaire à couronne et un tube Godard. En résumé, mon procédé consiste à faire des appareils à pont pouvant se retirer facilement.

M. Deschaux. — Alors vos pivots sont mobiles ? Ce sont des pièces à verrous.

M. Meny. — M. Godon croit-il être le premier à présenter des appareils de ce genre ?

M. Godon. — L'*International dental Journal* a publié, il y a deux mois, un article sur un travail à pont mobile qui ne tenait pas par des pivots fixés dans les caries des dents voisines : c'était à l'aide de couronnes qui se retiraient, mais sans pivot. Mon procédé n'a aucun rapport avec celui-là, et il n'est, à ma connaissance, indiqué nulle part.

M. Barrié. — J'ai vu chez M. Chauvin, il y a huit mois, un travail analogue à l'appareil à pivots parallèles et il se servait d'un instrument semblable à celui qu'emploient les cordonniers.

M. Godon. — Aussi n'ai-je apporté le premier appareil que pour vous le montrer, puisque j'en avais parlé à la dernière séance. Quant à mon appareil à pont mobile, c'est une communication indépendante de la première.

M. Dubois. — A propos du premier appareil portant 11 dents, je voudrais présenter quelques courtes observations. M. Knapp, de la Nouvelle-Orléans, nous a déjà montré des appareils aussi étendus, mais je les considère comme des curiosités de laboratoire. Si ces appareils avaient séjourné 2, 3, 5, 6 ans dans la bouche, cela lèverait tous les doutes, mais il n'en a pas été ainsi jusqu'ici et c'est pourquoi je reste incrédule sur leur valeur réelle, je veux dire durable. Le système à plusieurs pivots a reçu des perfectionnements considérables, mais il n'en est pas moins vrai qu'au-delà de 6 dents les avantages me semblent contestables.

M. Godon. — Il est évident qu'il y a de nombreuses objections contre les appareils à pont, cependant, en présence des inconvénients

il y a aussi des avantages. Le mien n'est présenté, je le répète, que comme le complément de ma dernière communication.

Dans ce cas la construction d'un appareil semblable me paraissait bien indiquée. Mon malade était un jeune homme de vingt-cinq ans auquel il manquait 12 dents, mais les racines restaient.

Devait-on encombrer sa bouche de ces larges palais actuellement en usage ou ne valait-il pas mieux lui faire un appareil à pont étroit, supporté par deux racines bien obturées? Le jour où l'une de ces deux racines viendra à disparaître, on fixera l'appareil sur l'une des autres qui sont aurifiées et la durée me paraît devoir être longue. Dans ce cas un appareil à pont vaut mieux qu'un appareil à plaque.

M. Dubois. — Les avantages de l'appareil à pont sont évidents, mais il ne suffit pas qu'il ait des avantages théoriques, il faut des avantages pratiques. Si les systèmes à pont et à barre n'ont que des résultats précaires, c'est insuffisant. On nous a même raconté qu'un de nos confrères américains avait abîmé un certain nombre de bouches avec des appareils à pont.

M. Barrié. — J'ai vu un appareil qui avait été porté 6 mois supporté par 3 pivots; il était fracturé à plusieurs endroits.

M. Ronnet. — Le travail à pont présente l'avantage de ne pas tenir de place, mais il a des inconvénients pour la gencive et pour la bouche que n'offre pas la plaque, et il convient de s'assurer qu'on n'aura pas d'accidents, car on a fait du travail à pont qui a eu de très mauvais résultats.

M. Godon. — Il n'y a pas de comparaison possible entre les travaux à pont de notre confrère américain et les autres : les siens réunissaient tous les inconvénients, la dent continuait à se détruire et, dans nombre de cas, il avait fait des obturations peu solides au ciment. Mon appareil, au contraire, repose sur 2 pivots et peut se nettoyer, de sorte que je ne vois pas l'accident qui pourrait se produire. Seule, la pression continue sur les racines pourrait avoir quelque inconvénient, mais la pratique ne nous a pas montré que ces accidents pussent être bien graves surtout lorsque, comme dans ce cas, les racines ont été soignées et aurifiées, et il est douteux qu'il arrive quoi que ce soit.

M. Dubois. — Les accidents peuvent être de plus d'un genre : d'abord ils peuvent porter sur l'appareil lui-même qui, par son étendue, risque de se fausser et de se fendre. Ensuite ils peuvent avoir pour siège les dents et racines de support. La nature a assuré la mastication par 16 dents comprenant de 20 à 22 racines à chaque mâchoire. Comment veut-on assurer le même service avec deux racines et quelques crochets? C'est là une illusion. Ou l'appareil, ou les racines de support céderont. Enfin les désordres consécutifs portant sur les parties molles ne sont pas négligeables; ils sont inhérents à tous les appareils fixes et nous avons pu les constater nombre de fois.

M. Poinsot. — Ces critiques générales semblent ne pas s'appliquer à cet appareil-ci, car M. Godon me parait avoir très bien choisi son modèle et, si on nous le représentait dans dix ans encore en bon état, la question ne serait pas élucidée, car le cas est très favorable.

M. Gravollet. — Puisque les racines sont en bon état, pourquoi deux pivots seulement?

M. Godon. — L'inconvénient des appareils à pont réside dans le nombre des pivots : 3 sont plus mauvais que 2, c'est pourquoi je me

suis contenté de 2 pivots. J'ai dû prendre la racine de la grande incisive d'un côté, et de l'autre coté la racine de la canine parce que celle de l'autre canine était trop altérée. Mais l'effort masticatoire ne se fait pas seulement sur les 2 racines, mais bien sur toutes. Quant aux accidents du coté de la gencive et inhérents à tous les appareils fixes, ils ne peuvent arriver à un appareil mobile qui se retire facilement pour le nettoyage.

M. Prével. — J'ai fait une petite pièce à pont il y a quelque temps; ce sont des pivots divergents qui maintiennent chacun 3 dents. L'appareil est en trois parties dont l'une maintient les deux autres.

M. Dubois. — Cette pièce est dans notre vitrine à l'Exposition; elle procède d'une idée originale et je recommande à ceux qui ne la connaissent pas de l'examiner.

M. Bocquillon. — On a fait un travail à pont sur moi et j'ai été obligé de l'enlever au bout de 3 mois.

M. Godon. — C'était un appareil à pont fixe !

M. Dubois. — L'exemple de M. Bocquillon est peu encourageant.

IV. — Présentation de daviers a mors parallèles, a serrement instantané, par M. Poinsot

(Communication insérée aux travaux originaux).

Discussion

M. Legret. — Voici un davier que j'ai fait faire d'après l'idée de M. Poinsot, et il rend de très grands services.

M. Dubois. — Il y a déjà longtemps que les membres de notre Société connaissent l'intéressante tentative de M. Poinsot. J'en ai exposé le mécanisme et les avantages dans l'*Odontologie* (1). Malgré les défectuosités secondaires des premiers modèles, défectuosités qui n'étaient pas inhérentes au système, les daviers parallèles m'ont rendu service dans quelques cas d'extractions difficiles. Le parallélisme des mors procède d'une idée rationnelle qui, pour se réaliser sous forme d'instrument bien en main, rencontre d'assez grandes difficultés mécaniques, et on ne peut que se féliciter de voir que M. Poinsot est arrivé à les surmonter. L'instrument que nous avons sous les yeux participe du mode d'action de la clef et de celui du davier, c'est là un mérite évident pour nombre de cas. Depuis 6, 8 ans, on se sert pour avulser les premières molaires inférieures de daviers dits à « bec de perroquet », et tous ceux qui les emploient savent combien ils sont précieux. L'instrument de M. Poinsot les reproduit dans quelques-uns de leurs traits, mais avec des modifications qui me paraissent très heureuses : parallélisme des mors et serrement instantané.

Avec la clef on fracturait des alvéoles et même des maxillaires; avec les pinces l'inconvénient est moindre, car on ne casse guère que des dents. Ce dernier accident, quoique moins redoutable que les premiers, n'en est pas moins fâcheux, et il se pourrait que le parallélisme des mors le rendît tout a fait exceptionnel.

(1) *Odontologie*, 1882, p. 164.

Il est clair que la sanction de la pratique est nécessaire pour que ces daviers figurent à titre définitif dans notre arsenal. Ce que j'en connais d'après les anciens modèles et d'après l'examen du spécimen actuel m'en fait bien augurer. Il n'est pas impossible que, dans quelques années, les pinces à molaires inférieures soient remplacées par des copies du modèle de M. Poinsot, et je suis heureux qu'un dentiste français ait attaché son nom à ce perfectionnement.

M. Poinsot. — A propos de ce que vient de dire M. Dubois sur la pratique, j'ajouterai que je m'en sers toutes les fois que je viens à la clinique de l'Ecole, que des élèves s'en sont servis et que toujours les résultats ont été parfaits.

V. — Présentation d'un abaisse-langue

Par M. Lemerle.

M. Lemerle. — Cet instrument n'est pas entièrement nouveau. M. Gaillard père en a inventé un analogue dont je me suis servi chez lui. J'ai modifié son modèle sur quelques points, en le coudant et en faisant la plaque mobile afin de pouvoir m'en servir à droite et à gauche. Cet instrument a pour premier avantage qu'il n'immobilise pas la langue, il l'écarte simplement. Le patient le tient aisément lui-même et il ne gêne pas la manœuvre opératoire. Je me sers de cet abaisse-langue depuis des années et c'est parce que j'en ai reconnu les services que j'ai voulu l'améliorer.

M. Hugo. — Avec cet appareil on a toujours une main occupée !

M. Lemerle. — Non ! puisque c'est le patient qui le tient.

M. Hugo. — Mais le patient s'oublie. Le cas se produit avec une serviette.

M. Dubois. — L'effort est moins grand qu'avec une serviette.

VI. — Don de pièces pathologiques, par M. Cazéaux

Présentées par M. Ronnet

M. Ronnet.— Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un certain nombre d'anomalies et de cas pathologiques envoyés par M. Cazeaux. de Dunkerque.

1° Première G. M. I. D. dont le nombre des racines est porté à trois, extraite à une jeune fille de 18 ans.

2° Incisive supérieure gauche dont la racine est assez volumineuse.

3° Une canine inférieure droite offrant une bifidité de la racine, extraite à un individu de 43 ans ;

4° Une dent de sagesse inférieure gauche assez volumineuse comme racines ;

5° Une dent ou deux dents soudées (en supposant la 2° G. M. S. soudée à la sagesse). Malheureusement, cette dent a été extraite il y a bon nombre d'années, et je ne puis vous en donner la description ; je l'ai trouvée dans le bocal parmi bien des compagnes.

M. Dubois. — M. Cazeaux nous a déjà envoyé à plusieurs reprises des pièces intéressantes et nous ne pouvons que le remercier des dons qu'il veut bien nous faire.

FIXATION DE L'ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. — Je vous propose de tenir encore séance en juillet. Nous n'avons pu épuiser aujourd'hui notre ordre du jour, et puis nous avons à nous préparer au Congrès. A ce sujet j'inviterai les membres qui ont des instruments et des perfectionnements à nous présenter lors du Congrès international à bien vouloir en aviser le bureau. Toutes les présentations et communications seront les bienvenues, et nous avons à nous organiser pour que la Société d'Odontologie y soit dignement représentée.

L'assemblée, consultée, décide qu'il y aura séance le premier mardi de juillet.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire des séances,

LEGRET.

REVUE DE L'ETRANGER

I. Lettre d'Angleterre, par le Dr Baldwin. — II. Remarque sur les plaques de succion et les chambres à air. — III. Le verre comme matière d'obturation. — IV. La réaction acide des ciments au phosphate à l'état humide. — V. Préparation à la cocaïne.

LETTRE D'ANGLETERRE

Londres, mai 1889.

Au directeur de l'*Odontologie.*

En inaugurant cette correspondance je pense utile de dire tout d'abord un mot sur les principales forces qui contribuent aux progrès de la dentisterie chez nous. Je vous dirai que ces deux forces sont actuellement la Société odontologique de la Grande-Bretagne, qui tient ses assemblées mensuelles à Londres, et l'Association dentaire britannique. Bien entendu, nos écoles dentaires — il y en a deux à Londres et plusieurs dans les grandes villes — ont également une large part dans ces progrès; mais le résultat de leurs travaux n'est pas connu, ou, pour mieux dire, le véritable élément est la Société Odontologique et l'Association dentaire britannique.

Nous avons 4 journaux dentaires principaux, y compris les comptes rendus de la Société odontologique. Les autres sont 3 journaux mensuels : le *Journal of the british dental Association*, le *Dental Record* et le *British journal of dental science.*

L'Association dentaire britannique surveille l'observation de

la loi sur les dentistes (Dentist's Act) qui est entrée en vigueur en 1878. Elle intente des poursuites aux empiriques qui violent cette loi et tient des Assemblées scientifiques périodiques au siège de ses différentes sections.

Son journal se consacre aux affaires de l'Association mais publie aussi des articles scientifiques spécialement écrits pour lui et d'autres matières d'intérêt professionnel pour les dentistes en général.

Le jeune et florissant *Dental Record* vous intéresse certainement puisque vous êtes entré en rapport avec son directeur au sujet de cette correspondance. Son rôle actuel important, considérable, provient de ce que son directeur est un homme qui ajoute à ses diplômes chirurgicaux et dentaires et à sa grande activité l'avantage d'être un des chirurgiens-dentistes de notre principale école dentaire, c'est-à-dire un homme engagé dans l'enseignement de la dentisterie pratique à nos meilleurs étudiants et, dans notre profession, autant peut-être qu'en toute chose, le vieux proverbe *docendo discimus* (on apprend en enseignant) trouve son application.

Le plus ancien de nos journaux, le *British journal of dental science*, conserve ses traditions dans une grande partie de la profession, et je suis heureux qu'après avoir été quelque peu cahoté, il soit enfin tombé en bonnes mains, et j'espère qu'il reprendra son rang élevé et qu'il continuera à être un organe utile dans notre milieu. Il publie toujours *in extenso* les communications lues devant la Société des étudiants de l'hôpital dentaire de Londres et continue à mériter la reconnaissance d'un grand nombre d'hommes qui, de cette façon, voient mettre au jour leurs travaux de début.

Une nouvelle école dentaire sera bientôt ouverte en Angleterre. Elle dépendra d'un de nos plus grands hôpitaux généraux, le Guy Hospital, et les bâtiments seront rattachés à ceux de l'institution mère. L'hôpital et l'école dentaire adjointe seront complétés par des conférences dans chaque branche de la dentisterie et pourvus de différents chirurgiens-dentistes pour chaque jour de la semaine, le dimanche excepté, où, bien entendu, l'établissement sera fermé. Les malades payeront une petite redevance pour les diverses opérations, et le produit ainsi obtenu, joint aux droits payés par les étudiants, couvrira toutes les dépenses. L'institution ne payera aucun loyer, car le terrain fait partie des jardins de l'hôpital principal et a été donné dans ce but. Cette idée est le résultat de la conversion de la direction de l'hôpital Guy aux vues du chirurgien-dentiste actuel, qui maintient que chaque grand hôpital général doit avoir une école dentaire complète dans ses dépendances, à la fois pour un meilleur enseignement aux étudiants en médecine des éléments de la science et de l'art dentaire et pour la plus grande commodité des étudiants dentistes qui seront ainsi à même d'achever la totalité de leurs

tudes sous le même toit. Il y a suffisamment de place à Londres pour plus d'hôpitaux dentaires, car le travail à faire dans la classe pauvre est tout simplement excessif et ce nouvel hôpital Guy, avec un bon personnel, comme ce sera certainement le cas, situé à une grande distance des divers hôpitaux dentaires existants, a probablement un grand avenir devant lui.

Un de nos dentistes de province nous a récemment montré, à la Société Odontologique, le cas d'un jeune homme qui, par des opérations successives pour un sarcoma maxillaire supérieur, avait perdu presque tout un côté de la face, la joue, le palais et l'œil. Ce vide considérable avait été comblé au moyen d'un mécanisme en 2 pièces. L'une d'elles remplaçait la moitié du palais et les parties voisines; l'autre la portion manquante de la face. Celle-ci était en argent creux et émaillé pour simuler les traits, y compris l'œil qui manquait. Cette seconde partie était maintenue au moyen de lunettes soudées et avait pour effet de donner au malade qui était dans un état de laideur monstrueuse un aspect passablement supportable : c'était une pièce de mécanique dentaire très remarquable. Cela suffit à prouver qu'on ne peut jamais se passer de l'aide des dentistes dans les cas exigeant une restauration des traits, même après leur destruction presque complète. Dans ce cas, la différence la plus frappante avec un travail ayant un aspect parfaitement naturel consistait dans le trop vif éclat de l'émail. Il semble très difficile d'obtenir une surface qui imite exactement la peau et possède sa durée. Il y a là un champ libre pour l'invention. Les Français qui ont toujours excellé dans l'émail et dans les arts analogues sont probablement les plus aptes à faire cette découverte.

J'aurais aimé à vous donner un résumé d'une conférence très intéressante, que nous avons entendue à la réunion d'avril de la Société d'Odontologie, de M. Jonathan Hutchinson. C'est une de nos grandes lumières en chirurgie générale. Il parlait de la maladie de Rigg et disait que c'était, dans son opinion, une sycosie des alvéoles dentaires. Il la croit contagieuse d'un alvéole à l'autre, c'est-à-dire localement contagieuse; il lui donne le nom de sycosis des dents. Il pense que certains amalgames noirs, par suite de changements chimiques dans la bouche, sont quelquefois la cause d'ulcères intraitables de la surface muqueuse qui leur est contiguë, mais, dans la discussion qui suivit, il ne rencontra que des divergences d'opinion sur ce point parmi tous les dentistes présents. Il fit alors quelques remarques très intéressantes sur un sujet qui est essentiellement le sien, les dents syphilitiques appelées aussi dents d'Hutchinson. J'aurais à donner plus de place à ces observations mais l'espace me l'interdit. Il fit ensuite quelques réflexions sur les dents stomatiques dans leurs rapports avec la stomatite chez les enfants, avec les convulsions, la cataracte lamellaire de l'œil, et l'administration du

mercure. Sa communication a été écoutée avec une grande attention par tous les membres présents mais j'imagine que personne ne lui en a prêté davantage que votre dévoué correspondant qui termine cette lettre en vous assurant de son estime et de son respect.

H. BALDWIN.
M. R. C. S. L. D. S.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE

REMARQUES SUR LES PLAQUES DE SUCCION ET LES CHAMBRES A AIR

M. David Hepburn. — Ce qu'on appelle communément *une valve aspirante*, qui enlève du sol les poids et les pierres, peut, à première vue, être jugé suffisant pour donner une idée des moyens par lesquels les dentiers sont maintenus en place sans crochets, soupapes et ressorts et, si on considère la force d'*adhérence*, il suffit d'examiner deux des variétés de cette force : l'adhérence des solides aux solides et celle des liquides aux solides. Si deux morceaux de verre poli sont pressés l'un contre l'autre, ils adhèrent fortement l'un à l'autre, mais cela n'est pas dû uniquement à la pression atmosphérique car s'ils étaient suspendus dans le vide, l'adhérence existerait encore ; cela est dû à une autre force, la force d'adhérence. De même, en promenant à la surface d'un liquide un morceau de verre bien égal et en l'enlevant, des globules de liquide y restent accrochés et, suivant la nature du liquide, l'adhérence est plus ou moins grande. Mais quoique cette force soit indépendante, il ne faut pas oublier que l'exclusion de l'air est une condition de son action, fait d'importance pratique dans son application aux dentiers. Une autre force a également de l'influence, c'est l'*attraction capillaire* ou tendance d'un liquide à se frayer un chemin entre des surfaces hermétiquement jointes. Il n'est dès lors pas difficile de comprendre comment, quand un dentier est maintenu en place dans la bouche pour un temps, soit par la pression de la main ou l'antagonisme des dents, la salive influencée par cette force devient un agent important dans l'exclusion de l'air pour produire l'adhérence voulue. On s'est efforcé de tenir compte des lois de la pression atmosphérique, qui s'exerce également dans tous les sens, en construisant les chambres à air, mais les efforts pour tirer partie de cette pression comme force de rétention sont demeurés vains à cause de la nature de la structure de la bouche, qui est soumise aux lois naturelles. Il fallait aussi tenir compte de l'élasticité de l'air, dont les ventouses fournissent un exemple. L'air étant raréfié dans le verre, les tissus mous se gonflent pour remplir le vide et le même fait se produit quand une plaque avec une chambre à air est appliquée au palais. Elle se remplit rapidement de tissus et alors cesse d'agir comme chambre à air. Quand une plaque avec une chambre à air est appliquée dans la bouche, il y a une tentative de la nature pour se débarrasser du vide que produit cette application à la surface de la muqueuse. Pour que la pression de l'air puisse agir comme force de rétention il faut qu'il existe un vide et si on considère que, dans les circonstances les plus favorables, un vide partiel seul peut être obtenu, les chambres à air

sont de peu d'utilité. Leur action peut-elle être augmentée par l'emploi des soupapes à succion, notamment par celles de Brownlie et Leman ? Le disque à succion de Hall a permis du moins à un patient de conserver une plaque supérieure dans la situation la plus désespérée. Les chambres d'air ont une grande utilité pour égaliser la pression dans les cas notamment d'une mâchoire supérieure édentée où les restes du bord alvéolaire sont couverts d'une muqueuse molle et spongieuse tandis que le palais reste dur et résistant.

M. le président. — Je vois des inconvénients aux disques de succion, aux chambres à air et à toute chose, excepté à l'adaptation parfaite des dentiers. Quand un bon moulage a été pris il est rarement difficile de faire tenir une pièce de prothèse. J'ai vu des cas où des ennuis étaient survenus par la croissance des tissus mous dans une chambre à air.

M. Walker. — Je suis d'accord avec M. Hepburn sur l'utilité des chambres de succion pour la rétention des plaques dans les cas d'un maxillaire supérieur édenté. L'absorption des tissus mous dans ces chambres serait évitée si la plaque n'était portée que 16 heures sur vingt-quatre.

M. Amos Kirby. — Je suis arrivé aux mêmes résultats que M. le président en ayant grand soin d'éviter une pression sur la ligne médiane. Après avoir pris un modèle soigné je trouve avantage à ajuster les pièces avec un morceau de papier bleu, ce qui marque exactement l'endroit précis où la pression est excessive. En outre, j'ai toujours eu recours à une modification du *Fulsome ridge*, décrit pour la première fois par M. Walter Campbell, de Dundee, c'est-à-dire que je ne fais pas passer les pignons autour du palais tout entier, mais seulement d'un côté. Même quand le palais est très plat, c'est le seul expédient nécessaire.

M. Brunton. — Il y a quelques années, M. Fletcher estimait que la plaque de succion devait avoir un nombre considérable de petits cylindres. J'ai exécuté cette idée. Quant aux forceurs en or pour vulcanite, en passant un morceau de papier de verre entre les rouleaux, j'obtiens une surface rugueuse.

M. Fairbank. — Les chambres à succion ne sont pas nécessaires dans les dentiers ; je n'en ai jamais fait usage et elles ne font qu'affaiblir la plaque et rendre le palais plus épais. Le grattage du palais de chaque côté de la ligne médiane rend service pour supporter les dentiers, et la muqueuse de chaque côté de cette ligne est beaucoup plus douce que sur le sommet.

M. Cunningham.— C'est en qualité de patient que je parlerai, car ma mâchoire supérieure est dépourvue de dents — il ne me reste que deux dents de sagesse — et j'ai fait des essais dans ma bouche pour arriver à obtenir le desideratum de tous les patients, une plaque de succion étroite. J'essayai une chambre longue, étroite, creuse en dedans de la surface palatine du bord alvéolaire. Après une certaine persévérance j'ai été à même de la porter parfaitement bien, mais je n'y ai trouvé aucun avantage et j'en ai conclu que les idées des patients relativement à l'étroitesse des plaques sont fausses et, plus tard, à la suite de cette expérience, que la chambre à succion n'est pas du tout nécessaire. Il y a un agrandissement graduel et continu du palais correspondant aux chambres successives, mais cet agrandissement ne s'est pas augmenté dans mon cas depuis que j'ai reconnu l'inutilité des chambres de succion et l'avantage d'une modification du « Fulsome ridge ». Pour déterminer la position, la hauteur

et la largeur du bord, il faut examiner la bouche avec un instrument en forme de brunissoir ovale pour reconnaître les parties douces et épaisses des tissus qui couvrent le palais. Quant aux disques de succion, celui de Land est le meilleur ; le Dr Land recommande également l'arrangement à pivot et les disques les plus grands. En ce qui concerne les soupapes de succion, j'ai rencontré un cas très fâcheux : la plaque était très lourde, j'ai voulu essayer des disques de gutta molle et j'ai échoué complètement. Les soupapes de succion sont peut-être utiles pour la rétention de plaques temporaires produisant beaucoup d'absorption.

(*Dental Record.*)

Le verre comme matière d'obturation, par Herbst, de Brème

Sur les surfaces des dents antérieures les différentes matières d'obturation n'ont jamais un bel aspect : l'amalgame, l'étain, l'alliage d'or et d'étain deviennent sombres, le ciment s'use et ressemble toujours à du pudding ou à une autre substance semblable; les obturations à l'or elles-mêmes gâtent le caractère des dents antérieures dès qu'elles sont très visibles. Pour ce motif on a depuis longtemps fait des tentatives pour obturer les cavités visibles avec des morceaux provenant de la matière qui sert à fabriquer les dents artificielles. Mais comme cette voie est très pénible et très incertaine, j'emploie déjà depuis quelques années pour ces cavités un mélange de diverses espèces de verre et j'ai obtenu, après des essais répétés, les meilleurs résultats.

Les dentistes et les étudiants qui ont suivi mes démonstrations auront compris mon procédé et, comme il est facile à appliquer, ils l'auront déjà employé dans la pratique. Dans les réunions antérieures j'ai montré la préparation de ces obturations au verre, mais elle n'était pas encore très déterminée, tandis que maintenant elle est devenue très simple et d'une grande utilité pour chaque praticien. Je vais essayer de la décrire.

Deux sortes de verre me servent à l'obturation, le verre opale provenant d'un globe de lampe brisé — mais non de verre à gaz, car il se noircit par suite de la combustion — et le verre brun, notamment celui d'un flacon à cocaïne ou à chloroforme. Je me sers en outre du brûleur Bunsen, d'un chalumeau, de charbon de bois, d'un pinceau fin, d'un linge propre et de sable en grains. Les deux espèces de verre sont séparément pilées et réduites en poudre fine dans un mortier de porcelaine ou d'agate et rincées avec de l'eau jusqu'à ce que celle-ci ne soit plus laiteuse; on laisse alors sécher la poudre et on la conserve dans un verre. Le mortier ne doit pas être de métal; ne pas se servir non plus d'un mortier d'agate ou de porcelaine dans lequel on aurait pilé de l'amalgame ou du métal, sans l'avoir nettoyé, ainsi que le pilon, avec de l'acide nitrique. Le verre qu'on emploie doit naturellement être très propre.

La forme de la cavité est indifférente ; on l'agrandit avec une fraise ronde pour qu'il n'y ait aucune irrégularité ; les bords de la cavité ne doivent pas être arrondis car il importe avant tout qu'ils soient aussi peu visibles que possible. Avec le plâtre ou du stent passablement dur, dont on chauffe un peu la surface, on prend deux ou trois empreintes (on peut aussi se servir de cire). Pour donner au mor-

ceau de dent à préparer une couleur vive, on peut fixer une couche d'or au-dessous, en plaçant sur un morceau de cire assez dure une petite feuille d'or en feuilles et en prenant ainsi l'empreinte. Après le durcissement du plâtre on enlève la cire avec de l'eau bouillante. Il est nécessaire de rechercher une dent artificielle qui ait exactement la couleur de la dent à laquelle la pièce est destinée. On coule les empreintes avec une bouillie de trois parties de plâtre et d'une partie de pierre ponce pulvérisée en ayant soin d'éviter les bulles et que les morceaux de plâtre ne soient pas trop gros. Après le durcissement on enlève l'empreinte.

Dans une coupelle propre, on mélange le verre dans la proportion de 8 parties de verre opale pour une de verre brun et on humecte. Les modèles sont alors placés dans une autre coupelle remplie d'eau claire, et quand ce plâtre est bien saturé d'eau, les cavités en plâtre sont remplies aux trois quarts, à l'aide d'un pinceau, du mélange de verre, puis on place un linge propre sur le plâtre qu'on y tient jusqu'à ce que l'eau qu'il contient et que contient le mélange soit bien bue.

Porter alors les moulages sur une plaque de fer et les chauffer fortement; placer celle-ci sur du charbon de bois et souffler au moyen du chalumeau la flamme d'un brûleur de Bunsen, jusqu'à la fusion du verre Bien faire attention à ce que la flamme du brûleur (laquelle doit être unique) n'éclaire pas, mais brûle bleu, car autrement le verre devient sombre. Ce dernier fond facilement si on a bien chauffé les moulages auparavant. Après refroidissement, rapprocher la dent d'essai du morceau de verre pour comparer la couleur. Comme on doit presque toujours chauffer à deux ou trois reprises le mélange, on peut facilement rendre plus clair par l'addition de verre opale ou plus sombre par celle de verre brun. Avant l'exécution de la deuxième et de la troisième couche, remettre le verre dans l'eau et agir comme précédemment. Veiller à ce que l'obturation ne soit pas trop épaisse. Des trois préparations, on choisit la meilleure et on la place dans la cavité : on veille à ce qu'elle s'ajuste exactement aux bords. Quand on a creusé davantage la cavité, ce morceau de verre est cimenté avec du ciment qui ne doit pas être trop clair; pendant le durcissement de celui-ci, ne pas remuer le morceau de verre dans la cavité et avant tout le polir grossièrement sur les faces qui sont en contact avec le ciment. Pour cela presser avant l'introduction du mélange de verre dans la cavité de plâtre, quelques grains de sable au fond de celle-ci; le verre s'unira au sable pendant qu'on chauffera, ce qui produira des rugosités.

(Correspondenz-Blatt für Zahnärzte).

Nous avons déjà signalé (1) l'action décalcifiante des ciments d'oxyphosphate de zinc sur l'ivoire, principalement quand il n'est pas absolument normal. Cela vient d'être confirmé par Miller et Erzberger de Berlin. Nous empruntons au *Correspon-*

(1) P. Dubois. — Traitement de la carie du 2e degré, in *Odontologie* 1888, p. 51. Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste, 2e éd., p. 87.

denz-Blatt l'exposé des expériences de ce dernier qui lèveront tous les doutes sur ce point.

LA RÉACTION ACIDE DES CIMENTS AU PHOSPHATE A L'ÉTAT HUMIDE

Par THÉODORE ERZBERGER, de Berlin.

Le professeur Miller a fait connaître que les ciments au phosphate se réduisent de telle façon par suite de l'acide liquide qui les entoure qu'il se produit une véritable décalcification des os et de la dentine. J'ai répété ses expériences.

J'ai employé 7 ciments : a, b, c, d, e, f, g et ai mélangé chacun d'eux au degré usuel de consistance. C, e, g, mirent plus de temps à durcir pour former un rouleau mince qu'un morceau épais. La poudre de d et e absorba tout l'acide phosphorique à un moment où celui-ci n'était pas encore en excès et devint toute sèche, mais en la pétrissant entre les doigts elle redevint bientôt plastique. L'absorption immédiate de l'acide se reproduisit plusieurs fois pendant la préparation et chaque fois que le mélange était pétri il fallait ajouter de la poudre.

Je laissai 24 heures à l'air un morceau de chaque ciment, le divisai en boules de la grosseur d'une tête d'épingle et mis chaque ciment à part dans un verre à réaction avec quelques gouttes d'eau distillée. Une minute après je constatai dans chaque verre, tant au goût qu'avec la teinture de tournesol, une réaction acide de l'eau, plus forte dans c, e et g, plus faible dans a, d, f, et la plus faible dans b.

Pour établir l'action décalcifiante de l'eau je plaçai dans chaque verre une lamelle propre et polie de dentine et d'os de 2 mm., je fermai les verres hermétiquement, puis, dans d'autres verres, je plaçai des morceaux semblables de dentine et d'os avec quelques gouttes d eau distillée et je fermai. Cinq jours après, dans c et g l'action acide était aussi forte qu'au début, dans c elle avait légèrement diminué, dans d, elle avait augmenté, dans a, b et f l'acide avait presque disparu.

L'examen de la dentine et de l'os, qui furent séchés et colorés dans une faible solution de fuchsine, prouva que les morceaux exposés dans a, b, f n'étaient presque pas changés, ceux de d et e commençaient à se décalcifier et ceux de c et g présentaient une forte décalcification.

J'ai observé d'une deuxième manière la décalcification des os. Dans 7 petits morceaux d'os percés d'un trou rond, je plaçai les ciments à examiner et, après durcisssement, je posai les morceaux, du côté du trou, sur le sol d'une pièce humide couvert de papier brouillard et je les y laissai 5 jours en entretenant l'humidité du papier. Puis je retirai les ciments, rinçai et séchai les os. et les plaçai dans une solution de fuchsine. Une coloration plus intensive des trous et de la partie voisine prouva que les ciments avaient agi sur le tissu osseux à des degrés différents. De plus le fait de cette décalcification me fit supposer que les ciments au phosphate possèdent l'inconvénient de laisser passer les liquides et je m'en convainquis par l'expérience suivante :

Je pressai un morceau de chaque ciment entre deux disques de verre pour le transformer en une petite plaque de 2 mm. d'épaisseur

et je laissai durcir. Je fixai verticalement sur chaque plaque un petit tube de verre de 3 cm. de long, dont j'entourai la partie inférieure de cire, je le remplis d'eau distillée et je plaçai le tout sur du papier bleu de tournesol sec. Après quelque temps, je remarquai sur ce papier une tache plus ou moins rouge et humide. Un essai analogue sans addition d'eau ayant donné un résultat négatif, il faut admettre que l'eau a traversé le ciment et s'est mélangée avec son acide en excès.

La couleur, la grandeur de la tache et le temps de la pénétration du liquide étaient différents avec chaque ciment. Généralement, l'intensité de la couleur et l'étendue de la tache étaient en raison directe de la durée de l'expérience et de la quantité d'eau tandis que la rapidité de la pénétration dépendait de l'épaisseur du ciment et de la consistance du liquide. Le temps varia de 10 minutes à 30 minutes. Des essais avec de la salive prouvèrent que les ciments sont aussi perméables pour les acides étendus que pour l'eau et, dans un cas, une solution à 1 0/0 d'acide lactique traversa en une demi-heure un disque de 3 mm. d'épaisseur.

La conclusion essentielle de cette expérience est que les ciments au phosphate ne possèdent pas l'impénétrabilité aux liquides.

En 4e lieu je taillai une lamelle de dentine coupant les canalicules; je la plaçai sur un morceau de papier bleu de tournesol humide et posai sur elle verticalement un petit tube de verre rempli de ciment. La lamelle enlevée, le papier montra à la place où avait reposé le petit tube une tache rouge qui ne peut s'expliquer que par un échange et un mélange de l'eau et de l'acide phosphorique au travers de la lamelle.

De ces quatre expériences résulte que les ciments au phosphate abandonnent leur acide en excès ou faiblement retenu non seulement à un liquide les environnant mais encore à un tissu humide les touchant. Jusqu'à quel degré cet acide peut-il influer sur la pulpe ? Voici mes conclusions à cet égard.

Il se produit autour de chaque obturation au phosphate placée dans la bouche une décalcification plus ou moins forte qui n'est sans importance que si l'obturation est entourée d'une dentine dure, saine et d'émail intact. Mais si on laisse de la dentine ramollie ou de l'émail décalcifié sur les bords ou si l'obturation s'étend jusqu'à ou sous la gencive, où elle reste en contact avec une humidité suffisante, le ciment devenant beaucoup plus mou, une décalcification même légère ne peut manquer de se produire et de favoriser une carie du 2e degré.

Cette opinion est confirmée par ce fait que dans les cavités simples, notamment sur la surface masticatoire des molaires et des bicuspides, les obturations au ciment durent longtemps tandis que dans les cavités proximales qui s'étendent jusqu'à l'émail ou au-delà, elles durent peu de temps.

La forme des cavités et la façon dont l'obturation a été introduite et faite jouent aussi un certain rôle.

Il va de soi par exemple qu'une obturation centrale offre plus de résistance que l'obturation proximale d'une dent antérieure supérieure.

De plus, dans la première, la force de la condensation s'exerce dans la direction de l'axe longitudinal de la dent et la matière

s'appuie fortement à toutes les parois. Dans la seconde, au contraire, c'est dans deux directions obliques opposées, de sorte que, quand on modèle la surface postérieure de l'obturation, la matière se détache du bord antérieur. Je considère donc comme très important dans ce dernier cas, lorsque les faces labiale et linguale font défaut, de ne plus continuer le tassement et le plissage dès que le ciment durcit et devient compact.

En troisième lieu intervient la perméabilité dans l'insuccès des obturations au ciment. Pour qu'une obturation quelconque dure, il faut qu'elle soit enfermée hermétiquement dans une cavité. Mais quand elle recueille les liquides et les conserve, elle n'est pas en état d'offrir l'occlusion nécessaire, et c'est précisément là le défaut des ciments au phosphate.

La vie de la pulpe est-elle troublée ou paralysée par une obturation au phosphate ? Oui, quand la pulpe n'est recouverte que d'une couche très mince de dentine. Cela n'est plus contestable après les expériences du professeur Partsch.....

Pour écarter ces éventualités, il faut placer d'abord une couche d'une substance imperméable aux acides, par exemple de la gutta. Si la cavité s'étend jusqu'à la gencive ou au-dessous d'elle, le professeur Miller recommande de recouvrir la paroi cervicale d'une couche d'un millimètre d'enduit Hill et de remplir le reste de ciment avec du phosphate.

(Correspondenz-Blatt fur Zahnärzte.)

PRÉPARATIONS A LA COCAÏNE, PAR HERBST, DE BRÊME

Faire dissoudre 2 décigrammes de cocaïne dans 4 décigrammes d'eau et laisser le liquide imbiber complètement 2 décigrammes de coton ou de papier bulbeux japonais ou de soie, ou de fil de coton ou de fil ordinaire. Cette préparation est très utile pour calmer les douleurs de dents : on place le coton dans la cavité nettoyée préalablement; pour calmer l'insensibilisation des nerfs, on humecte la préparation d'acide phénique, on la place avec un peu d'arsenic ou de cobalt dans la cavité et on ferme ensuite avec de la gutta très molle. Elle est également efficace dans les extractions : on la place sous la gencive, on en presse une partie humide dans le voisinage de la racine contre la gencive et on l'y laisse 10 minutes environ ; pendant ce temps on cherche à pousser petit à petit le papier ou le coton le plus haut possible sous la gencive: mais il est bon de renouveler l'application. La douleur de l'extraction est ainsi considérablement amoindrie. Cette opération peut être utilisée aussi pour l'ouverture des tumeurs. Je n'emploie plus les injections de cocaïne en raison de leur danger.

Des fils de soie, de coton ou de lin cocaïnés peuvent de même servir dans la pose de la digue; on les introduit entre les dents et on les presse contre la gencive, ce qui diminue ou détruit la douleur causée par la pression de la digue. Il en est de même dans la confection de couronnes d'or et d'anneaux d'or pour les chicots.

Enfin, dans ces derniers temps, je me suis servi de ouate cocaïnée pour renforcer le calmant que j'emploie depuis six ou sept ans avec succès pour excaver. Il consiste en un mélange d'acide sulfurique et d'éther sulfurique qui est ajouté à l'acide en remuant. La prépa-

ration doit être renouvelée tous les huit ou quatorze jours. Quand la digue est fixée et quand les restes des aliments sont enlevés de la cavité, on place dans celle-ci de la ouate cocaïnée humide qu'on chauffe au moyen d'une lampe à alcool et on l'y laisse environ une minute. Après l'avoir enlevée, on y place un petit tampon de ouate cocaïnée trempée dans le mélange précité quand la cavité a été chauffée. Quelquefois, il est nécessaire de répéter la manipulation. Quand la cavité est suffisante, on la lave avec du coton humide et on la sèche.

(Correspondenz-Blatt für Zahnärzte.)

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

RÉSUMÉ DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 9 octobre 1888.

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

Après examen des fauteuils présentés par divers fabricants, le Conseil décide de commander à M. Mamelzer cinq fauteuils pour l'Ecole. M. le secrétaire général annonce au Conseil que MM. Telschow et Parmly-Brown sont venus faire des démonstrations à l'Ecole. Le compte rendu en sera inséré au journal.

Le Conseil accorde à l'Association des Etudiants le local de l'école pour une soirée, le 17 octobre, sous la responsabilité du bureau de la séance.

M. Blocman étant professeur suppléant et ayant fait avec zèle et dévouement le service depuis plus de 5 ans, le Conseil le nomme professeur titulaire du cours d'anatomie dentaire.

Le jury du concours pour la nomination de professeurs suppléants et des chefs de clinique est ainsi composé :

MM. Thomas, Poinsot, Pillette, Godon, Dubois et Ronnet. — Délégué du Conseil, M. Wiesner.

Le Conseil autorise M. Certoncini à passer ses examens l'année prochaine, sur la présentation d'un certificat de M. le docteur Aubeau et du médecin en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce.

Sur la proposition de la commission d'enquête, le Conseil de direction vote l'exclusion définitive de l'école d'un élève qui a donné son adresse à deux personnes venues à la clinique et a tenté de les attirer chez lui, contrairement à l'art. 16 du règlement intérieur et ne s'est pas présenté devant la Commission pour se justifier des plaintes portées contre lui.

M. Duchange, désirant exprimer sa reconnaissance à l'Ecole, envoie une souscription de 100 francs.

Des remerciements sont votés à M. Duchange ainsi qu'à M. Bonnefond, de Lisbonne, qui adresse à l'école un pied de biche de son invention.

MM. Bocquillon et Després et Mlle Didier sont admis comme membres de l'Association générale des dentistes de France.

MM. Kuhn, Pigis, Papot, Prével, Ronnet et Tusseau sont nommés membres de la Commission d'organisation de la séance de réouverture des cours.

Séance du 23 octobre 1888

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT

Le procès-verbal est adopté.

M. Poinsot donne lecture d'une lettre de M. Blocman remerciant le Conseil de sa nomination comme professeur.

M. Godon rend compte des travaux de la commission du Congrès. Sur l'avis de la commission d'organisation de la séance de réouverture, le Conseil désigne M. Blocman comme conférencier.

La commission d'examen communique les résultats des examens de la session d'octobre.

1re *Année*

Ont obtenu MM.	Célarié,	43 points
	Mugnier,	39 1/2
	Adnet,	31 1/2

Et en conséquence sont admis comme élèves de 2e année.

2e *Année*

Ont obtenu MM.	Zamkoff	46 points
	Blanleuil,	40
	Chanaud,	40
	Dufort,	38 1/2
	Diochon,	38
	Montagne,	38
	Piton,	38

Et sont, en conséquence, admis comme élèves de 3e année.

3e *Année*

Ont obtenu MM.	Loup,	95 1/3,
	Houdié,	87 1/4,

Et sont, en conséquence, admis à recevoir le diplôme.

M. M.... ne s'étant pas présenté aux examens, la bourse qui lui était attribuée lui est retirée.

Sur le rapport du jury du concours des chefs de clinique, M. Prével est nommé chef de clinique, M. Francis (Jean) est nommé chef de clinique de prothèse.

Séance du 20 novembre 1888

Présidence de M. Poinsot, président.

Le procès-verbal est adopté.

M. Godon fait un rapport sommaire de la fête d'inauguration qui a été aussi brillante que les années précédentes.

Sur le rapport de la commission des examens d'entrée,

7 élèves sont admis à suivre les cours de 1re année ;

MM. Geoffroy, Bidault et Meunier sont admis à suivre les cours de 2e année;

MM. Barris et Laurent sont admis à suivre les cours de 3e année.

Sur le rapport du jury du concours, le Conseil nomme M. Gillard, professeur suppléant de prothèse.

MM. Ronnet, Papot et Tusseau sont nommés membres de la commission du budget pour 1889.

M. Lemerle est nommé conservateur du matériel de l'Ecole, le Conseil lui vote un crédit spécial.

Sont admis comme membres de l'Association générale des Dentistes de France :

MM. Loup, Houdié, Chouville, Breyer et Chemin, diplômés.

MM Bouvet, Certoncini, Mlles Chamblard et Vandacouroff, élèves de 3e année, et M. Cecconi.

M. Lemerle offre une souscription de 50 francs. Des remerciements lui sont adressés.

Demandes d'admission de MM. Touzé et Lehr.

Le Conseil accorde un premier crédit pour le cours de dentisterie opératoire.

M. le Dr David rend compte au Conseil d'une lettre par laquelle le ministre du commerce fait connaître l'impossibilité d'accorder à l'Ecole la gratuité de son exposition, malgré tout l'intérêt qu'il porte à l'Ecole.

La séance est levée à 11 h. 1/4.

Séance du 18 décembre 1888

Présidence de M. POINSOT

M. Poinsot communique une lettre de M. Levett donnant sa démission de membre du Conseil de direction et de membre de la commission de l'Exposition.

Ces démissions sont acceptées.

Le Conseil accepte la location de l'écurie faisant partie du local de l'Ecole. La location cessera au gré d'une des deux parties, à charge de prévenir à l'avance selon les usages.

M. Poinsot annonce au conseil la reconnaissance officielle du Congrès.

Le bureau de la Commission est ainsi composé par les deux sociétés participantes :

Ecole Dentaire de Paris

MM. Dr David, président.
Blocman, } secrétaires.
Godon, }
Kuhn, trésorier.

Institut Odontotechnique de France

MM. Brasseur, } vice-présidents.
Saussine, }
Pourchet, secrétaire général.
Domain, secrétaire.

MM. Touzé et Lehr, présentés à la dernière séance, sont admis comme membres de l'Association générale des Dentistes de France.

MM. Liébaut, de Châtillon-sur-Seine.
Gillod, pharmacien, à la Pointe à Pitre.
Douhet, Arthur, élève de 3e année.
Mme Peysson, dentiste, à Lyon,

demandent à faire partie de l'Association ; il sera statué à la prochaine séance.

Le Conseil décide de passer un contrat d'assurance complémentaire pour le nouveau local.

. Le Conseil fixe l'indemnité à retenir aux élèves pour les réparations et le renouvellement des objets brisés ou détériorés.

M. Vasseur adresse à l'Ecole une souscription de 50 francs.

Des remerciements lui sont votés.

Séance du 15 janvier 1889

Présidence de M. POINSOT

Le Conseil accepte la démission de M. Lowenthal.

MM. Liébaut, Gilliod, Douhet, A. Bohl, et Mme Peysson, sont admis comme membres actifs de l'Association générale des Dentistes de France.

MM. Fabre, Vauvillier et Paulme demandent à faire partie de l'Association.

M. Godon fait connaître les termes de son rapport annuel.

M. Papot indique les recettes de l'Association générale.

M. Ronnet donne lecture de son rapport sur les finances de l'Ecole, et M. Dubois fait son rapport sur le fonctionnement du journal pendant l'année.

Sur la proposition de M. Dubois, le Conseil décide de proposer à l'Assemblée générale de modifier le titre de sous-directeur de l'Ecole de M. Godon en celui de directeur-adjoint ; le Conseil décide que la réunion de l'Assemblée générale aura lieu samedi 29 janvier et en fixe ainsi l'ordre du jour :

Procès-verbal de la dernière séance.
Rapport du secrétaire général.
Rapport du trésorier.
Modifications aux statuts.
Nomination des membres sortants.
Vote d'un ordre du jour pour la reconnaissance d'utilité publique et d'un ordre du jour de protestation contre le projet de loi sur la réglementation.

Le secrétaire des séances,

TUSSEAU.

BIBLIOGRAPHIE

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

OUVRAGES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

Brandt. — Zur Uranoplastik, Staphylorraphie und prothese. — Uranoplastique, staphylorraphie et prothèse. (Hirschwald, Berlin.)

Fackenheim. — Ueber einen Fall von hereditärer Polydaktylie mit gleichzeitig erblicher Zahnanomalie. — Un cas de polydactylie héréditaire avec anomalie des dents héréditaires. (Fischer, Iéna.)

Ferrari. — Identi (Conservazione — estrazione — protesi dentaria). — Les dents (conservation — extraction — prothèse). (Vanini et fils, Livourne.)

Schwink. — Ueber den Zwischenkiefer und seine Nachbarorgane bei Säugethieren. — L'os intermaxillaire et les organes voisins chez les mammifères. (Buchholz et Werner, Munich.)

Supplement to Beecher's dental directory of the United States. — Annexe à l'Annuaire dentaire des Etats-Unis de Beecher. (Beecher, New-York.)

Witzel. — Ueber den Gebrauch des Schlafgases. — Emploi du protoxyde d'azote.

Andreae. — Katechismus der Zahnpflege. — Catéchisme des soins de la bouche.

NOUVELLES

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Nous publions à titre de document le résumé d'un procès entre deux dentistes de Paris : M. P... et M. M... Ce dernier avait été l'opérateur de M. P.. et avait consenti à ne pas exercer en France pendant dix ans la profession de dentiste (ni aucune branche de l'art dentaire) après la séparation. Elle eut lieu et M. M... voulut éluder la clause précitée; pour cela il employa le moyen suivant :

J. M., dentiste à Vevey (Suisse), frère de M. M..., vint s'établir à Paris. M... entra comme aide chez son frère et donnait des consultations par écrit.

Le fait constaté suscita une demande en dommages-intérêts de la part de M. P...

Le tribunal a jugé que la convention faite par P... n'était point léonine puisqu'elle était limitée dans le temps (10 ans) et dans l'espace (la France);

Que M... n'était venu de Suisse que sur la demande de son frère très vraisemblablement, et que, bien que M... fût titulaire du bail, il était probable que H. M... était le véritable directeur du cabinet;

Que, d'ailleurs, la convention lui interdisait d'exercer soit en son nom, soit au service d'un autre, et qu'il avait aussi contrevenu à une convention qui était la loi des parties.

En conséquence, M... est condamné à payer à P... la somme de 3,000 francs à titre de dommages-intérêts.

Il lui est interdit d'exercer avant l'expiration des dix années sous peine de nouveaux dommages-intérêts qui seront fixés ultérieurement.

Nota : Les dix années expirent en novembre prochain. M. P... avait demandé 50,000 fr. de dommages-intérêts.

DENTISTE ET APPRENTI

M. R... a mis son fils mineur en apprentissage chez M. B... pour une durée de trois années sans rémunération de part ni d'autre. Un dédit de 500 francs est stipulé dans le contrat.

Après 18 mois de présence à l'atelier, le jeune R... prétend ne rien savoir de la profession ; il dit que M. B... ne lui a rien appris et qu'il a même défendu aux mécaniciens de rien lui montrer ; et, le jeune R... quitte l'atelier pour n'y plus revenir.

Le père du jeune apprenti actionne le dentiste devant le conseil des Prudhommes, à l'effet d'obtenir la résiliation du contrat et 200 fr. de dommages intérêts ; offrant de faire la preuve par témoins que son fils est un parfait crétin en matière de prothèse dentaire.

Le Conseil ordonne l'audition des témoins.

Le Dentiste se porte reconventionnellement demandeur et réclame 1° la résiliation du contrat; 2° et la somme de 500 francs montant du dédit.

Les témoins de l'apprenti étaient des mécaniciens qui viennent déclarer au Conseil que M. B... s'était opposé à ce qu'ils donnassent des explications à l'apprenti.

De son côté M. B... apporte au Conseil quelques appareils confectionnés par l'apprenti qui s'en reconnaît l'auteur, de même qu'il reconnaît être employé actuellement dans un autre Cabinet à raison de 20 francs par semaine.

Le Conseil déboute M. B... de sa demande et le condamne à payer au dentiste la somme de 500 francs, montant du dédit, et il prononce la résiliation du contrat.

Payer 500 fr. pour reconnaître que son fils n'est pas un crétin, ce n'est pas trop cher et il y a bien des parents qui voudraient pouvoir en faire autant.

(*Le Monde dentaire.*)

Le 18e Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra à Paris, à l'Ecole des ponts et chaussées, du 8 au 14 août, sous la présidence de M. de Lacaze Duthiers, membre de l'Institut. Cette session comprendra des séances de sections, des visites industrielles et des excursions dans les environs de Paris.

L'Association distribue chaque année des subventions pour des recherches ou expériences scientifiques. Une somme de 18,000 fr. a été votée cette année par le Conseil et le total des subventions distribuées à ce jour s'élève à la somme de 192,000 fr.

Pour tous les renseignements s'adresser au secrétariat, 28, rue Serpente, à Paris.

Vol. 9. Paris, Juillet 1889 N° 7.

L'ODONTOLOGIE

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

Pathologie spéciale. Maladies de la bouche

LA LEUCOPLASIE BUCCALE

Par le Dr Thomas

Messieurs,

L'ordre de nos leçons m'amène aujourd'hui à vous parler d'une maladie bien décrite seulement depuis une quinzaine d'années et qui ne présente que des relations rares et contestables avec celles du système dentaire. Elle vous intéresse cependant : souvent indolente et bien tolérée au début, elle peut persister des années sans que le patient se plaigne. Vous serez les premiers à l'apercevoir, à la lui signaler; les premiers à l'engager à modifier ses habitudes et à suivre un traitement car, sous des apparences inoffensives, elle dissimule une menace pour la vie; c'est de la *leucoplasie buccale* que je veux parler. L'aspect du mot, comme celui de beaucoup d'autres, est solennel et grave (1). Vous vous dites peut-être qu'il vaut une longue description; il indique tout simplement l'existence de productions blanches sur la muqueuse bucco-linguale.

Ce point de pathologie spéciale a été étudié surtout par les dermatologistes. En 1818, Alibert remarquait et signalait chez un malade atteint d'icthyose la présence sur la langue de lésions semblables à celles de la peau. Depuis lors Rayer et Bazin ont envisagé le sujet à différents points de vue; l'enseignement du dernier, résumé dans la thèse inaugurale du Dr Debove (2), est

(1) Du grec *leucos* blanc et *plascin* former.
(2) Paris, 1873.

l'expression la plus complète et la plus heureuse des idées qui ont eu longtemps cours en France : le titre même de ce travail les indique. M. Debove appelle, comme son maître, la maladie psoriasis; il existe une affection cutanée de ce nom, connue depuis longtemps; elle a pour principale manifestation les plaques épidermiques saillantes, la leucoplasie de la bouche représenterait une autre détermination du même mal.

Cette idée n'a point été acceptée partout. En 1837, Plumbe, qui en avait observé un cas en Angleterre, l'appela, comme Alibert, ichtyose; plus tard, Church, sir John Paget, Erasmus Wilson et beaucoup d'autres rapportèrent sous différents titres des observations qui s'y rattachaient. « Je doute, disait Fairlie Clarke, en 1873, qu'ichtyose et psoriasis soient des termes bien appropriés pour les organes internes » (1). L'auteur motivait sa réserve sur ce fait que dans l'ichtyose le rôle des glandes sébacées est important, et que la muqueuse linguale n'en possède pas. Il était plus disposé à adopter le nom de tylosis (2) proposé en 1858 par Ulmann (3), et qui pourtant ne vaut pas mieux que les autres, car il indique une élevure verruqueuse et il n'y en a pas toujours. L'expression peu compromettante dont on se sert aujourd'hui et que j'ai adoptée nous vient de Prague : elle fut employée par Schwimmer, en 1877, dans un des premiers travaux d'une réelle valeur qui aient paru en langue allemande sur ce sujet (4).

Au lieu de faire de laborieux efforts pour trouver une définition nouvelle, je vous demanderai la permission de me contenter de celle du Dr Flecher Ingals qui est précise. Pour lui, comme pour moi, la leucoplasie buccale est une affection chronique de la muqueuse, caractérisée par un épaississement de l'épithélium et la formation de taches élevées, blanches, opalines donnant lieu plus tard à des fissures qui se terminent souvent après avoir duré longtemps par l'épithélioma (5).

Je ne voudrais pas affirmer que cette énonciation représentât l'idéal philosophique d'une bonne définition : qu'elle convient à tout le défini et seulement au défini ; elle a un mérite pourtant,

---

(1) *A Treatise on the Diseases of the Tongue*; London, 1873, p. 79.
(2) Du Grec *tylos* verrue.
(3) Bayer aertl. Intelligens Blatt. Munich, 1858.
(4) *Vierteljahrsschrift für Dermato ogie und Syphilis,* 1877 et 1878.
(5) *The New-York med. Journal* 1885, p. 87.

celui d'indiquer, en peu de mots, les lésions, les symptômes, les points noirs du pronostic.

Il paraît qu'il se produit d'abord une rougeur érythémateuse diffuse, plus marquée qu'ailleurs aux points où siègeront les plaques. Cette particularité, sur laquelle insiste dans sa thèse M. Simon, doit exister, mais on y remonte par le raisonnement plutôt que par l'observation. J'ai vu quelques cas de leucoplasie, j'ai lu la relation de beaucoup d'autres; il s'agissait toujours du stade de prolifération, jamais je n'ai rencontré à côté des points intéressés des zones limitées dont l'état d'hypérémie pût faire supposer qu'elles seraient prochainement atteintes; les auteurs n'en parlent guère non plus (1). Le soulèvement vésiculeux de la couche superficielle n'est pas fréquent; la plaque telle que vous la verrez d'habitude sur la langue et d'autres points est circonscrite, plus ou moins régulière, d'étendue et d'épaisseur variables. Elle est d'un blanc mat; on dirait qu'on vient de toucher les tissus au nitrate d'argent; plus de papilles à ce niveau; la surface serait lisse si elle ne présentait des stries entrecroisées parfois difficilement visibles. Dans un des cas rapportés par Joseph on ne distinguait à première vue qu'un dépôt grisâtre homogène; à la loupe, on s'apercevait qu'il était crevassé en carte géographique; dans celui de Fremmuer, de Saint-Pétersbourg, il y avait des taches nombreuses et sur leurs bords, des espèces de cercles rougeâtres.

La lésion reste longtemps stationnaire; à un certain moment, elle s'accompagne d'érosions et d'exulcérations, il se fait quelques crevasses qu'on peut comparer à celles que certaines personnes ont si facilement aux mains et aux lèvres. M. Debove les attribuait à la traction exercée sur la muqueuse par un revêtement rigide. L'apparence conduit à cette explication; dans un cas de M. Reclus, par exemple, la fissure principale médiane avait des sillons collatéraux moins profonds : le dessin rappelait « la peau du caïman ou les larges craquelures d'une faïence (2) ». M. Mauriac attribue le tout à une ischémie résultant de la compression des artérioles par l'espèce de coin épithélial correspondant aux taches (3).

---

(1) Paris 1878.
(2) *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*; Paris, 1887, p. 451.
(3) *Union médicale*, t. XVI, 1873.

Les deux traits frappants de la maladie sont donc les plaques et les excoriations en gerçures. Il est rare qu'ils constituent tout le tableau ; qu'ils ne se modifient pas, que d'autres phénomènes ne viennent pas se joindre à eux. Les taches se desquamment, c'est la règle, les éléments épithéliaux se ramollissent, ce qui était corné devient mou et se détache, M. Leloir appelle cela la dékiratinasation (1). Alors apparaît la muqueuse sous-jacente, d'un rouge sombre, un peu granulée, un peu tuméfiée. Il existe parfois des excroissances papilliformes, comme dans un cas dont je vous parlerai, des excoriations humides, qui se continuent insensiblement avec les bords des taches. Au musée de l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres, on trouvait, il y a quelques années une pièce prise chez un homme, dont la langue présentait des élevures cornées, acquérant de temps en temps un volume gênant; le malade les coupait avec un rasoir comme les corps aux pieds ; Hulke a rapporté un cas semblable.

Si l'on voulait classer par ordre de fréquence les différents points où l'on trouve d'habitude la leucoplasie, il faudrait mettre en première ligne la langue, les plaques siègent sur ses bords, sur sa face dorsale en avant du V, sur sa pointe ; puis viendraient le voisinage des commissures labiales, et la face interne des joues. Il peut arriver pourtant que les lésions soient plus étendues, qu'elles poussent des pointes dans des régions où d'habitude on ne les rencontre pas. Le Dr W. C. Glascow, de Saint-Louis (Etats-Unis) a rapporté une observation curieuse à cet égard : Un commerçant âgé de 48 ans vient le trouver pour différents accidents dont les plus marqués sont l'amaigrissement, la difficulté pour avaler et pour parler. A l'examen local on constate qu'il existe de la leucoplasie sur la langue, sur les piliers du voile du palais et les amygdales avec des fissures profondes et des exulcérations irrégulières dont une située sur le côté gauche de la langue pénètre jusque dans le tissu sous-muqueux ; les organes sont tuméfiés, probablement depuis fort peu de temps ; c'est ce qui a causé la dysphagie et entravé l'alimentation.

Les symptômes fonctionnels sont assez irréguliers ; en général, il y a des troubles digestifs, sensitifs et sensoriaux. Les érosions sont parfois si pénibles que les malades ne sauraient prendre

---

(1) Comptes rendus de l'Académie des sciences, p. 1847.

une goutte de liquide chaud ou acide ; le goût peut être intact, il est le plus souvent perdu. M. Debove parle d'un dégustateur que le psoriasis lingual obligea d'abandonner son métier.

Dans le cas de Fremmert, le malade déclarait que toutes les sensations qu'il éprouvait pendant le repas étaient les mêmes ; il lui semblait mâchonner de la paille. M. Negel a signalé la perte simultanée du goût et de l'odorat (1).

J'espère, Messieurs, qu'à l'aide d'un travail de synthèse extrêmement simple, vous pourrez vous tracer un cadre assez compréhensif pour que tous les cas puissent y entrer. Vous avez vu les phénomènes constitutifs et les phénomènes accessoires ; songez que vous pouvez avoir des taches près des lèvres et sur la langue dont la face inférieure n'est pas plus intéressée que le plancher de la bouche; qu'elle peut être augmentée de volume, surmontée d'élevures, revenue sur elle-même, transformée en damier scléro-épithélial. à cases limitées par des gerçures ; songez que la consistance et la constitution anatomique de la plaque ne sont pas immuables ; que des changements d'aspect correspondent à des poussées desquamatives ; songez à tout cela et vous aurez une bonne idée de la maladie.

Par ce que je viens de vous dire, vous avez compris qu'elle est longue et ne guérit point spontanément Sa chronicité et sa persistance sont deux motifs pour qu'on tâche d'en avoir raison.

En 1862, un médecin de Londres, M. More Neligan, publiait une étude sous ce titre clair et passablement inquiétant : Note sur une condition anormale de la muqueuse des joues aux points de vue des assurances sur la vie; l'auteur affirmait que la présence des lésions que nous venons de décrire devait mettre en garde les médecins des compagnies ceux contre qui veulent contracter une assurance.

Neligan avait eu raison de dire une simple note, car il n'avait qu'un cas : son malade était un homme de soixante-six ans, qui ne présentait d'autre anomalie qu'une altération leucoplasique couvrant toute la langue s'étendant aux joues, et même à la voûte palatine ; il l'avait remarquée déjà lorsqu'il était âgé de 18 à 19 ans et depuis lors elle ne s'était pas modifiée, bien qu'il fumât beaucoup la pipe à tuyau court.

---

(1) *Progrès médical* 188?, p.

Le même médecin eut l'occasion de le revoir cinq ans plus tard à cause d'un cancer de la langue qui l'emporta (1).

Ce fait ne resta pas isolé ; sir James Paget en publia, peu de temps après, d'autres de même ordre, puis de nouveaux surgirent. « Il serait difficile, dit M. Reclus, d'exprimer par des chiffres la fréquence de la terminaison de la leucoplasie par cancer : Schwinnmer nous dit 4 sur 20, soit 1 sur 5 ; Debove, 6 sur 24, soit 1 sur 4; Morris, 13 sur 27, soit 1 sur 2. Ce serait la proportion observée par Vidal. Morris, voulait qu'on excisât les plaques et que, si elles récidivaient, on amputât la langue. Vous vous dites peut-être que c'est un procédé bien radical. Les chiffres que je viens de vous citer expliquent bien des craintes ; vous les expliquerez mieux encore, si vous vous dites que la liste des noms rapportés ici est tout à fait incomplète, qu'il faut y ajouter, entre autres, ceux de M. Trélat qui, en 1875, a fait connaître à la Société de chirurgie plusieurs exemples de James Goodhart (2), de Nedophit (3), etc. » Un fait est incontestable, la transformation de la leucoplasie en épithélioma n'est pas rare et il est impossible d'affirmer qu'elle ne se produira pas, si bénigne que soit la maladie, si longue qu'ait été sa durée.

Cette constatation n'a d'intérêt que si elle nous fournit les moyens de rendre un service et de protéger la vie. Inutile de chercher longtemps si nous devons nous heurter à la fatalité et arriver à un aveu d'impuissance. Ce n'est pas le cas : la proportion des dégénérescences ne représente nullement celle des décès; presque tous les malades de M. Reclus ont guéri, MM. Trélat et Morris, ont noté des résultats analogues (4). Je n'ai pas réuni assez de cas pour en tirer des conclusions statistiques; mais l'impression générale que m'ont laissée ceux dont j'ai parcouru les relations c'est que l'extirpation totale ou partielle de la langue pour leucoplasie dégénérée donne de meilleurs résultats au point de vue de la récidive que celle qu'on entreprend dans d'autres conditions.

On a d'autant plus de chances de succès qu'on opère plus

---

(1) Dublin Quarter. *Journal of med. Sc.* Aug. 1862.
(2) *Guy's, Hosp. Reports*, 3d, p. vol., xx, 1875.
(3) Langenbecks's, vol., xx, 1877.
(4) *Brit. med. Jour.*, feb. 21, 1874.

près du début. M. Mauriac a essayé de fixer les symptômes qui le marquent. A ce moment correspondraient l'érosion des papilles hypertrophiées, accompagnée d'induration et d'agrandissement de leur base, d'une déformation de leur corps, telle que l'extrémité devient effilée: la sialorrhée, la tuméfaction de la langue, l'engorgement des ganglions, les douleurs lancinantes s'irradiant vers les oreilles.

Lorsque ces phénomènes sont réunis, on ne peut pas dire que la transformation commence : elle est, fort avancée; s'ils sont développés rapidement, le cas est grave. Je ne crois pas qu'il existe de symptôme précis capable de faire prévoir qu'une affection stationnaire va prendre une marche envahissante. Défiez-vous des desquamations fréquentes, des exulcérations profondes et à fond dur, des hypertrophies papillaires rapides, voilà tout ce que je puis vous dire.

Vous avez remarqué, messieurs, que, dans cette description, j'ai fait bon marché de l'ordre traditionnel qu'on suit dans l'étude des maladies.

Cet écart, je l'avoue, a été volontaire; j'ai voulu procéder comme en clinique et vous parler d'abord de ce que vous avez déjà vu ou de ce que vous pourrez voir. Nous allons nous occuper d'autres points aussi intéressants, mais qui nous sont un peu moins accessibles, soit parce qu'on peut les traiter à fond seulement dans un laboratoire bien organisé, soit parce qu'au lieu de rouler sur des phénomènes objectifs, les discussions se rattachent à des questions encore ouvertes de pathologie générale.

Nous verrons l'anatomie pathologique, puis sa nature et la pathogénie de la leucoplasie. Hulke eut l'occasion de faire un examen microscopique. A la coupe, il trouva des papilles linguales colossales, la portion indurée était épithéliale, les cellules profondes paraissaient claires, transparentes, naturelles, celles du milieu granuleuses et la couche superficielle ne formait qu'une vaste masse opaque.

M. Debove ayant fait l'autopsie d'un malade atteint de leucoplasie, qui mourut d'une autre affection dans le service de M. Verneuil, trouva la portion de la muqueuse correspondant aux plaques, dure, criant sous le scalpel; le chorion, en état d'hyperplasie conjonctive, était 5 à 6 fois plus volumineux qu'à

l'état normal; les papilles présentaient un aspect uniforme rappelant celui du derme cutané, le tissu du chorion pénétrait entre les fibres musculaires de la langue dont les plus superficielles étaient sclérosées.

Dans un cas examiné par M. Ranvier « la couche épidermique était 7 fois plus épaisse que d'habitude, les papilles étaient hypertrophiées. En certains points, l'épithélium s'enfonçait dans le dernier sous forme de boyaux et de cellules plus ou moins cornées et aplaties. »

Dans un travail présenté à l'Académie des sciences en 1887, M. Leloir constate à peu près les mêmes choses : de plus, il fait remarquer qu'au voisinage des fissures on trouve une altération irritative des cellules de la couche de Malpighi, de telle sorte qu'à côté du foyer d'hyperplasie siège un foyer d'inflammation avec fissures; de ce point part la réaction qui aboutit à la desquamation de la plaque.

Il s'en faut de beaucoup que la nature et l'origine de la maladie soient connues. On a dit naguère : il existe deux variétés essentielles de psoriaris buccal : celui qui tient à la syphilis et celui des fumeurs. Aujourd'hui on rejette à juste titre les accidents secondaires ; certains auteurs voudraient même qu'on éliminât également les phlegmasies auxquelles donne lieu l'abus du tabac. Ils ont raison, à leur point de vue, parce qu'ils le placent dans l'hypothèse de la détermination locale d'une dermatose connue. Nous avons adopté une expression qui ne préjuge rien, de telle sorte que nous n'avons pas à nous demander si la glossite chronique superficielle des fumeurs est ou n'est pas un psoriasis, car c'est à coup sûr une leucoplasie.

Tout ce qu'on a écrit jusqu'à ce jour peut être résumé en de brèves conclusions.

1° La leucoplasie accompagne souvent des lésions cutanées qu'on croit de même nature qu'elle. Quelles sont ces lésions? Il est difficile de le dire : on a eu tort de parler exclusivement d'icthyose et de psoriasis; car on l'a rencontrée avec beaucoup d'autres dermatoses.

Il y a quelques années nous eûmes l'occasion de voir à la clinique de la rue Richer un homme de 55 ans atteint d'une affection de la langue que les dermatologistes les plus distingués de Paris avaient rangée parmi les leucoplasies. L'aspect de la face était caractérisque ; elle présentait par-ci par-là de gros boutons

d'acné; le réseau veineux superficiel était dilaté; à première vue on eût dit la couperose des ivrognes; c'était un eczéma. Depuis l'enfance cet homme ne buvait que de l'eau et suivait un régime alimentaire d'une austerité voulue. La langue était volumineuse, festonnée sur les bords; outre les petites plaques dures et superficielles, elle présentait des papillomes saillants à base indurée. Quand nous le vîmes, il n'y avait pas de sillons, mais il s'en faisait de temps en temps, et à ce moment l'alimentation devenait difficile. On était porté à croire la dégénérescence épithéliale imminente, mais les choses étaient dans le même état depuis 25 ans, les épisodes d'acuité ne modifiaient en rien l'ensemble.

2° Les irritations locales, celles que produisent les mauvaises dents, l'usage de fumer avec excès, peuvent favoriser je ne dis pas provoquer l'éclosion de la maladie. Comme partout, nous nous trouvons en présence de deux conditions pathogènes, l'une obscure, prédisposante, diathésique, la plus importante; c'est probablement elle qui règle l'évolution. Certains malades perdent le goût, leur langue se ratatine et devient dure ; ils n'auront pas d'épithelioma; d'autres ont une plaque à peine saillante, on dirait une gouttelette de cire accolée au bord de la langue ; elle changera tout à coup d'aspect et produira des accidents effrayants. On n'a pas assez tenu compte de l'hérédité pour expliquer ces différences, car on n'en parle pas ou on en dit peu de chose. Ce n'est pourtant pas une quantité négligeable.

A cet égard, je crois pouvoir vous donner un conseil : vous êtes en présence d'une leucoplasie de vieille date chez un individu dans les antécédents duquel on relève des cancers. Défiez vous et réservez le pronostic ; dans ces cas-là, les causes locales jouent le rôle d'épine irritative et bouleversent à un certain moment le processus.

Nous en avons vu assez, Messieurs, pour qu'il soit facile de poser ces règles générales du diagnostic. Ses difficultés ne sont pas extrêmes en dehors de la syphilis. C'est donc elle qu'il faut avoir en vue d'abord quand on interroge sur les antécédents ; on simplifie beaucoup les choses si l'on parvient à l'éliminer ; mais elle ne constitue nullement un préservatif contre l'affection.

Un syphilitique peut avoir une leucoplasie buccale indépen-

dante de sa diathèse : il peut avoir des accidents tertiaires qui ressemblent à la leucoplasie.

Prenons une à une les formes décrites par M. Fournier. Il existe : 1° Une glossite caractérisée par l'exfoliation, le liseré périphérique, l'état nomade, l'aspect multicolore de la langue, rayée aux points ou la desquamation est récente presque normale ailleurs ; cette affection dure longtemps, résiste au traitement général, à la cautérisation et aux topiques.

2° Une glossite scléreuse débutant probablement par la forme dite dépapillante, dont le principal caractère est l'état lisse de la langue aux points desquamés ; plus tard, elle prend un aspect et une marche qui la rendent extrêmement difficile à distinguer de la leucoplasie ordinaire : elle peut être en îlots ou diffuse, s'accompagner d'ulcérations et de gerçures, durer des années sans la moindre modification. Si nous n'avons pas de manifestations cutanées, la distinction avec la leucoplasie me paraît très difficile; elle a du reste peu d'importance, car lorsque les lésions sont arrivées à ce point, le traitement antisyphilitique n'est plus de mise.

Je pourrais, prolonger sans grand profit la discussion du diagnostic, vous parler de toutes les glossites chroniques, superficielles ou profondes, des papillomes, des cancers ; j'ai eu si souvent l'occasion de revenir sur ces points que je craindrais de fatiguer votre attention par des fastidieuses redites, et cela d'autant plus inutilement qu'il est impossible de tout prévoir, de tout éliminer. J'espère vous avoir donné une idée précise de la maladie : j'abandonne la discussion des cas qui pourront se présenter à votre initiative. Je serai bref également sur la thérapeutique. Il y a quelques années, nous eûmes l'occasion de voir à la clinique de la rue Richer un digne et florissant gendarme qui présentait, outre plusieurs caries dentaires, une de ces glossites typiques des fumeurs que nous avons rattachées aux leucoplasies.

Depuis plus de deux ans il avait cessé de fumer, et les choses restaient dans le même état ; ayant entendu dire, je ne sais par qui, que le chlorate de potasse était quelquefois utile, il en acheta chez un droguiste, en mit des morceaux dans sa bouche et les garda comme une chique de tabac. Le lendemain la langue était tuméfiée, turgescente, les bords conservaient l'impression des dents ; ces accidents étaient accompagnés de

fétidité de l'haleine, d'hypersécrétion salivaire, de douleurs si violentes pendant la mastication, qu'il lui était impossible de prendre quoi que ce soit. Avec quelques collutoires émollients, une alimentation au lait froid pendant trois ou quatre jours, la langue reprit son volume ; chose à noter, les plaques étaient moins blanches et moins saillantes. Depuis lors l'amélioration continua, sans que nous eussions à prescrire autre chose que des soins de propreté, des gargarismes astringents et la continuation de l'abstinence de tabac. Je vous raconte ce fait, je ne vous propose pas de baser sur lui un traitement systématique par le chlorate de potasse. Il est plus facile de dire ce qu'il ne faut pas faire que ce qu'on doit faire, je n'aime pas les cautérisations légères et superficielles, elles irritent et exposent aux dégénérescences et ne guérissent rien.

Donc, pas de nitrate d'argent ni de teinture d'iode ; si la leucoplasie s'est développée chez un syphilitique, pas de traitement spécifique interne ; le mercure et l'iodure de potassium aggravèrent l'état du malade de M. Glascow. Dans des cas plus heureux, ils ne produisent que des troubles digestifs. M. Leloir conseille les applications locales d'acide salycilique ; depuis que Mosetoy-Morhoof a introduit les cautérisations à l'acide lactique dans le traitement de la phtisie laryngée, M. Joseph a appliqué cette substance sur des plaques de psoriasis et s'en est bien trouvé. M. Fletcher Inghalls a guéri un malade avec le galvano-cautère. Ces procédés sont rationnels, bons peut-être ; il est difficile de dire à quels cas ils conviennent ; mais ce qu'on doit conseiller sans hésitation, c'est la suppression de toutes les causes d'irritation locale, l'enlèvement des mauvaises dents, l'application d'un appareil si la mastication est défectueuse à tel point que des parcelles anguleuses des aliments solides puissent irriter les gencives. Inutile d'ajouter que, quand la transformation épithéliale est commencée, il ne saurait plus être question de palliatif ni de moyens termes. Pour ces cas-là, l'extirpation radicale est le seul traitement qui convienne.

OBSERVATIONS D'ACCIDENTS ÉLOIGNÉS D'ORIGINE DENTAIRE

par M. Douzillé, infirmier au Val-de Grâce

I. — ADÉNO-PHLEGMON

Charles L..., GardeRé publicain, 27 ans

Constitution. — Stature élevée, pâleur de la face.

Antécédents. — Nuls, n'a pas été en Algérie, pas de maladies extérieures. Père mort par accident, mère morte d'une bronchite aiguë.

Prodromes. — Depuis longtemps souffre des dents, a la bouche en mauvais état. Toutes les grosses molaires cariées.

4 *octobre* 1888. — Souffre de violents maux de dents accompagnés de maux de tête (névralgie ?). Va à la visite ; le major lui fait prendre un vomitif ; à la suite des violents efforts qu'il fait, il s'apercoit que sa gorge est enflée, et il y sent de *petites boules dures*, suivant son expression. Application de farine de lin les jours suivants.

20 *octobre*. — Sur le conseil du major, les molaires cariées sont extraites immédiatement.

L'œdème du côté droit a presque complètement disparu à la suite de l'extraction (adéno-phlegmon). La céphalalgie et l'odontalgie ont également disparu, seul l'œdème du côté gauche persiste et le fait souffrir.

25 *octobre*. — Entre à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Etat actuel. — Un peu amaigri, facies pâle, anémique, muqueuses oculaires et labiales sensiblement décolorées.

Appareil digestif. — Peu d'appétit, fréquents renvois d'estomac, pas de diarrhée.

Appareil pulmonaire. — N'a jamais eu de pleurésie, ne se rappelle pas avoir été enrhumé. Respiration caractéristique, râles et craquements. Sueurs nocturnes. Température normale le matin, le soir 38°,5. Fièvre vespérale de la tuberculose. Pas de toux, crachats peu abondants le matin muqueux et gris.

2 pilules { créosote / iodoforme } āā 0 gr. 01

26 *octobre*. — Incision au bistouri, ablation de la glande, pas de pus, peu de sang. Drain en caoutchouc pansement phéniqué. Température normale le matin, le soir 38°,7. 2 pilules de créosote.

27 *octobre*. — Pas de pus, température normale le matin, le soir 37°,6. 7 pilules de créosote.

29 *octobre*. — Le drain est enlevé, pas de température vespé-

rale ; sous l'influence de la créosote les sueurs nocturnes ont disparu, on supprime les pilules.

15 *novembre.* — La plaie est presque fermée, on applique dessus un peu d'emplâtre de Vigo. Huile de foie de morue 40 gr. 6 pilules d'iodure de fer de 0 gr. 10.

3 *décembre.* — La couture cicatricielle sous le maxillaire-inférieur est à peine visible ; le malade ne souffre plus, l'induration ayant complètement disparu. Le malade part en convalescence.

II. — ABCÈS FUSANT A RÉPÉTITION. PHLEGMON

H..., Garde Républicain, 26 ans

CONSTITUTION. — Lymphatique, sanguine, stature moyenne.

ANTÉCÉDENTS. — A été dans le sud algérien, a contracté les fièvres et une bronchite.

8 *décembre* 1888. — Le matin on constate un petit abcès au côté gauche du cou, assez gênant pour empêcher le port du col-cravate ; quelques douleurs dentaires. La plupart des molaires inférieures gauche sont cariées ainsi que la première grosse molaire du côté droit ; le haut est intact.

17 *décembre.* — Admis à l'hôpital.

ETAT ACTUEL. — Amaigri, pâle.

Appareil digestif. — Inappétence dans la journée, faim exagérée le matin au réveil. Pas d'autres troubles.

Appareil respiratoire. — Anémie, tuberculose présumée, pas d'auscultation, depuis quatre mois crachats gris muqueux, abondants le matin, le décubitus à gauche est gênant, le malade a remarqué deux ou trois fois la nuit en se réveillant que son corps était dans un état de moiteur très prononcé, douleur confuse à la base du poumon gauche quand il monte un escalier.

19 *décembre.* — L'abcès est percé, il en sort une grande quantité de pus, pansement au sublimé et à la tourbe antiseptique.

29 *décembre.* — La plaie est complètement cicatrisée et le malade sort de l'hôpital.

3 *mars* 1889. — Le mal fait de nouveau son apparition ; de l'œdème du côté gauche du cou, violentes douleurs dans le maxillaire inférieur et l'oreille du côté gauche, contracture légère de l'articulation.

11 *mars.* — Reste dans le même état jusqu'à son entrée à l'hôpital.

12 *mars.* — Après examen les dents cariées sont extraites (1re et 2e grosses molaires). Ouverture de l'abcès, pansement à la poudre d'iodoforme et à la tourbe antiseptique.

16 *mars.* — Pas de pus, les douleurs ont disparu ainsi que l'œdème et la contracture.

La plaie est complètement cicatrisée.

24 *mars.* — Le malade quitte l'hôpital.

Conclusions. — La tuberculose a, dans les deux cas, aggravé les accidents d'origine dentaire et probablement pour cette cause ils ont eu une gravité inaccoutumée. Dans le second cas la disparition de la cause a eu de suite les plus heureux effets, il n'en a pas été de même dans le premier.

REVUE DE L'ETRANGER

TRAITEMENT DES RESTES DE PULPE PAR LE BORAX, D'APRÈS LA MÉTHODE DE BAUME

J'emploie cette méthode depuis près d'un an avec succès. Après la cautérisation avec l'arsenic, la pulpe est creusée avec les précautions aseptiques jusqu'à ce que l'entrée des canaux soit libre. Dans chaque canal on met un peu de borax en poudre avec un brunissoir qu'on pousse dans l'ouverture jusqu'à ce qu'il arrive à l'extrémité du nerf. Puis on introduit la matière obturatrice, à l'exception du ciment, qui ne durcit pas au contact du borax. Si on avait à faire une obturation au ciment, le mieux serait de placer un peu de zinc en feuille sur le borax pour empêcher le contact.

J'ai traité ainsi 137 cas et n'ai obtenu qu'un insuccès. Il s'agissait d'une molaire supérieure droite montrant, avant la destruction de la pulpe, une périostite, de sorte qu'à vrai dire ce n'est pas réellement un insuccès. Comme phénomènes accessoires, je ne remarquai dans quelques cas qu'un branlement de la dent qui redevint solide quelques jours après, et, plus souvent, que ces légères conséquences qui sont dues à l'hyperémie produite par l'arsenic.

Quand on emploie la méthode de Baume, il faut avant tout procéder à l'excavation de la pulpe avec les précautions antiseptiques, car le borax n'est lui même qu'un faible antiseptique qui ne peut arrêter le développement des fongosités charriées par la salive. Quand on pousse le borax dans l'ouverture du canal, il faut être sûr qu'il est en contact avec l'extrémité des nerfs. Avant de placer le borax, il faut laver la cavité avec un antiseptique convenable pour enlever les débris produits par l'excavation qui auraient pénétré dans le canal. Avec ces précautions on évitera certainement tout insuccès.

Il va de soi qu'on ne doit traiter ainsi que les pulpes mortes récemment et, en aucun cas, celles qui sont gangréneuses en tout ou en partie.

Comment les pulpes traitées ainsi se comporteront-elles avec le temps ? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

J'ai également fait des essais avec de l'alun, comprenant vingt et une dents, mais les phénomènes étaient si violents dans beaucoup de cas que la plupart des patients préféraient l'extraction pour les éviter. Pour ce motif je ne conseille pas l'emploi de l'alun puisque le borax nous rend les mêmes services sans que nous ayons à craindre d'en trop prendre. J'ai employé le borax, en effet, par grosses quantités sans avoir remarqué de phénomènes plus accusés.

La méthode de Baume est une simplification des méthodes anti-

septiques connues. Elle est facile même quand la cavité n'est pas favorablement située; elle nécessite aussi moins d'instruments et elle évite ces luttes avec les tire-nerfs brisés.

(*Zahntechnische Reform.*)

LES MACHOIRES DES FOUS. DIFFORMITES

Par EUGÈNE TALBOT

Le résultat de l'examen de la bouche de 700 fous, consigné dans le tableau suivant :

Nombre	Sexe	Normales	Mâchoire large	Mâchoire inférieure proém^{te}	Mâchoire supér^{re} proém^{te}	Arcade élevée	Arcade en forme de V	Arcade partiell^{nt} en forme de V	Arcade en forme de selle	Petites dents
430	Mâles	394	10	4	2	18	12	29	3	5
270	Femelles	226	8	6	4	26	14	18	9	2
700		620	18	10	6	44	26	47	12	7

prouve que 12 0/0 des bouches sont irrégulières, l'irrégularité consistant dans la proéminence de la mâchoire inférieure ou supérieure, dans des arcades partiellement en forme de V ou en forme de selle. L'arcade élevée était tout à fait remarquable. Quelques-unes de ces irrégularités sont dues à des causes locales. Elles se rencontrent dans des cas d'idiotisme congénital ou chez des gens qui sont devenus fous dans leur enfance. A peu d'exceptions près, la folie n'apparaît pas avant que le corps ait atteint son développement normal.

La voûte ou arcade élevée observée chez les fous et également chez les autres personnes ne peut pas être considérée comme une difformité ou une irrégularité de la mâchoire, quoiqu'elle encourage la production des irrégularités des dents. Cette forme particulière du palais a été vue fréquemment alliée avec les arcades en forme de V et de selle, mais, contrairement à une opinion soutenue notamment par le Dr Ballard, je ne la considère pas comme une partie de la difformité et je ne la crois pas produite par la pression du pouce ou du doigt sur le palais. J'ai examiné bien des enfants pendant qu'ils sucent l'un ou l'autre et n'ai jamais remarqué qu'ils atteignissent le palais.

D'ailleurs comment expliquer avec cette doctrine l'arcade élevée dans la partie postérieure de la bouche lorsque la position est telle que le doigt ne peut l'atteindre sans un effort considérable ? Les formes variées des arcades attestent encore qu'elles ne résultent pas d'une succion. J'estime que la voûte élevée est un développement naturel de forme en harmonie avec les autres os de la face.

Les irrégularités des mâchoires et des dents, telles que les formes de V ou de selle, ne sont pas bornées à la voûte élevée ; on les rencontre souvent conjointement avec la voûte moyenne ou basse. Avec la voûte élevée le procès alvéolaire est mince et long, offrant

peu de résistance à la pression des dents lorsqu'elles se frayent un passage dans l'arcade, de là la forme que prend la mâchoire.

Le pourcentage des dents petites ou grandes est faible. Les dents se développent par la périphérie à partir de la sixième semaine de la gestation ; la calcification commence aussitôt et leur forme est déterminée, ainsi que leur dimension, tandis que les tissus environnants sont encore mous. La matière calcique qui est tout d'abord déposée sur la surface extérieure protège la partie intérieure de la substance de la dent et, à moins de quelque trouble constitutionnel, les dents se développent normalement. Généralement parlant, les dents ont la même dimension aujourd'hui que pendant longtemps ; quand elles sont extraordinairement grandes ou petites, on peut les considérer comme héréditaires.

Les idiots offrent de nombreuses occasions d'études de développement excessif et d'arrêt du développement des mâchoires tout aussi bien que du développement irrégulier du tissu osseux.

Quand le développement des mâchoires est excessif, le cercle de la mâchoire est plus large que l'arcade des dents et celles-ci sont alors rarement irrégulières, de plus ce développement empêche l'articulation convenable des dents. Le développement excessif et irrégulier est vu moins fréquemment que le développement arrêté ; il est dû à des lésions des centres nerveux, à des maladies constitutionnelles, etc. Le résultat de l'arrêt du développement de la mâchoire est que l'arcade de la mâchoire est plus petite que l'arcade des dents et conséquemment les dents sont irrégulières : les principaux types sont les arcades en forme de V et de selle.

Tout trouble dans les fonctions de la nutrition affecte naturellement le système nerveux. Quelques idiots du degré le plus bas possèdent des dents et des mâchoires bien développées. C'est un fait admis par tous les pathologistes que, dans certaines conditions, les tissus du corps se développent anormalement, même dans le système nerveux, et, quand c'est le cas, on voit quelquefois des mâchoires larges et des dents régulières.

(*Dental Cosmos.*)

QUELQUES REMARQUES SUR L'OR

Suivant M. Charles Wolrab, la cause de la couleur noire d'une obturation d'or provient d'un dépôt sur l'or, causé par les substances contenant du fer que le patient a employées, et ce dépôt disparaîtrait s'il pouvait être chauffé dans la bouche comme une feuille d'or sur une lampe à alcool. L'or a la propriété particulière d'attirer toutes les impuretés contenues dans l'atmosphère ; chacun peut s'en assurer en laissant une feuille d'or exposée à l'air pendant quelque temps. S'il y a beaucoup d'air impur dans la pièce, l'or sera bientôt couvert d'une peau qui disparaît visiblement quand on la place au-dessus d'une lampe à alcool, en répandant une odeur désagréable.

(*Ash and son's quarterly circular.*)

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 2 *juillet* 1889

PRÉSIDENCE DE M. DUBOIS, PRÉSIDENT.

I. — PRÉSENTATION DE LA 2e ÉDITION DE L'AIDE-MÉMOIRE DU CHIRURGIEN-DENTISTE par M. DUBOIS

M. Dubois. — J'ai l'honneur de vous présenter la deuxième édition de l'*Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste*; ce volume traite de la pathologie, de la thérapeutique et de la dentisterie opératoire liées à la carie dentaire. Si l'on en juge par nos occupations journalières, cette partie de la science professionnelle est celle qui nous importe le plus, et si les membres de la Société trouvent qu'elle est condensée dans ce livre d'une façon utile et pratique, je m'en estimerai heureux. J'offre cet exemplaire à la bibliothèque de l'Ecole.

M. Godon. — Je vous demanderai, au nom de l'Ecole et au nom de notre Société, la permission d'adresser à notre président, M. Dubois, nos plus sincères remerciements, non seulement pour le don qu'il vient de faire à notre bibliothèque, mais encore et surtout pour le travail qu'il représente. Il vient heureusement enrichir notre littérature professionnelle d'un ouvrage français dont tous nos confrères apprécieront l'incontestable valeur. Il a su, dans un traité clair et concis, grouper les connaissances les plus nécessaires pour la pratique actuelle de notre art. Nous savons tous combien il est difficile, avec nos occupations professionnelles, de trouver le temps nécessaire pour la préparation d'une simple communication scientifique. En présence de la somme de travail que contient l'ouvrage que vient de nous offrir notre confrère, nous devons, appréciant ses efforts et son dévouement, lui exprimer notre sincère gratitude (Applaudissements).

II. — PRÉSENTATION D'OBTURATIONS D'AMALGAME ET D'OR FAITES EN UNE SÉANCE par M. P. DUBOIS

M. Dubois. — Je vous présente des spécimens de combinaison d'or et d'amalgame extrêmement intéressants envoyés par M. Clapp, dentiste à Boston et correspondant de l'*Odontologie*. Le premier, il a fait des obturations d'amalgame et d'or en une séance, et, si vous examinez attentivement cette série, vous verrez qu'il n'y a pas là de supercherie.

La combinaison de l'or et du mercure est très visible sur certains points. Il peut se faire que ce système reçoive un très grand développement. S'il est possible de faire dans les cavités d'accès difficile le fond avec une matière plastique et de terminer les bords avec une matière ne se rétractant pas, on a une obturation en quelque sorte idéale, surtout dans les cavités d'accès difficile, comme celles des molaires face distale

La combinaison d'or et d'amalgame en une seule séance étant parfaitement démontrée, il y a intérêt à ce que des praticiens essayent ce genre d'obturations et nous disent les résultats obtenus.

Le premier spécimen montre la préparation de la cavité ; le second

la pose de la matrice telle que l'indique M. Clapp. On voit qu'il juge nécessaire d'avoir une paroi artificielle parfaitement solide ; le troisième le commencement de l'obturation avec l'amalgame (dans cette combinaison, il est indiqué d'employer l'amalgame aussi sec que possible) ; le quatrième montre une obturation ayant déjà reçu une certaine quantité d'or, mais non encore achevée ; le cinquième et le sixième sont des obturations achevées. De plus, des cylindres montrent la soudure parfaite de l'or et de l'amalgame. On peut se convaincre, en exerçant des tractions sur les cylindres, que la rupture aux lignes d'union est impossible.

Dans cette combinaison, les points de rétention sont inutiles. Aussi bien dans l'ivoire que dans l'amalgame, l'union semble se faire chimiquement et avoir une résistance mécanique à toute épreuve. Je ne saurais trop recommander à ceux qui voudront expérimenter le procédé de se placer dans les conditions indiquées par M. Clapp lui-même et que l'*Odontologie* a fait connaître dans son numéro de mars

Quand nous serons familiarisés avec ce genre d'obturations nous pourrons peut-être modifier quelques-uns des moyens d'exécution ; mais avant cela, nous devons ne pas nous écarter des règles formulées par l'inventeur lui-même. Je rappelle pour mémoire quelques-unes de ces règles : 1° Avoir des parois très solides ; si l'une d'elles manque, la reconstituer par une matrice fixée par de la soie cirée faisant plusieurs fois le tour de la dent. — 2° Employer de l'amalgame aussi sec que possible. — 3° Placer de l'or cristallisé tout d'abord comme première couche. — 4° Terminer avec de l'or adhésif.

M. Loup. — J'ai essayé une aurification dans ce genre sur une première grosse molaire supérieure. Après avoir mis le métal dans le fond avec beaucoup de mercure, j'ai vu qu'il ne prenait pas, alors je l'ai séché ; j'ai essayé avec de l'or adhésif, il ne prenait pas davantage, puis avec de l'or mou et je n'ai pas mieux réussi.

M. Dubois. — Quelle cavité était-ce ?

M. Loup. — Une cavité postérieure.

M. Dubois. — Avez-vous mis une matrice ?

M. Loup. — Oui.

M. Deschaux. — Mais le client était un homme très incommode qui fumait pendant l'opération.

M. Loup. — J'avais mis un morceau de lime à séparer et un morceau de bois.

M. Dubois. — Il faut tenir grand compte des indications de M. Clapp, dont la sincérité est évidente.

M. Chauvin. — J'ai un échec à citer. J'ai voulu également essayer le procédé, mais il est infiniment probable que je n'ai pas suivi scrupuleusement la méthode indiquée puisque, par exemple, j'ai employé des cylindres de Williams tout de suite. J'ai essayé une seconde fois et j'ai réussi. D'ailleurs, pour ma première expérience, j'avais choisi une dent extrêmement difficile, ce qui était un tort, puisqu'il faut toujours procéder du simple au compliqué. La seconde fois, au contraire, j'ai choisi une cavité très facile, une face triturante, qui permet de faire toutes les expériences que l'on veut. La cavité terminée, l'obturation a été retenue par le fond d'amalgame placé. Je ne m'en tiendrai pas à ces essais.

M. Godon. — Dans le travail qui nous est présenté, je remarque un

procédé très ingénieux pour l'emploi des matrices. On leur reprochait de ne pas adhérer parfaitement au bord cervical et les procédés signalés à la dernière séance n'ont infirmé ce reproche qu'imparfaitement. Le procédé de Miller a des inconvénients, car il laisse un vide, celui que j'ai signalé, et aucun des autres ne sont parfaits non plus ; avec la matrice de M. Levett, le résultat est meilleur, mais cela n'empêche pas que le bord voisin de la gencive n'adhère pas hermétiquement. Le petit procédé du Dr Clapp me paraît très simple, très pratique et digne d'être souligné. Il me semble détruire la plupart des objections qui ont été faites contre l'emploi des matrices, à part celle relative au lissage de la matière obturatrice contre les parois.

M. Barbe. — Il y a quelques années, j'ai eu à défaire une aurification et, après avoir creusé, j'ai retrouvé de l'amalgame qui était recouvert d'une couche d'or mince.

M. Chauvin. — Le procédé Clapp ne fait pas tomber toutes les critiques contre la matrice, dont l'emploi n'offre pas d'inconvénients pour le ciment et l'amalgame, tandis qu'il en a de grands pour l'or adhésif. Pour que l'obturation soit bien faite il faut qu'elle surplombe et il est certain qu'avec l'amalgame cette condition n'est pas remplie. Les matrices adhérant complètement, si on s'en servait en tant que matrices, on ne pourrait pas retourner les bords.

M. Prével. — Je serais d'avis qu'on arrêtât la discussion et que chacun fît des essais avant de continuer.

M. Dubois. — La question essentielle n'est pas de savoir si la matrice est bonne ou mauvaise, puisqu'elle est un simple adjuvant, mais bien si cet amalgame peut laisser aux couches supérieures d'or toute leur adhésivité. Peut-on faire que cette combinaison forme un tout indissoluble? Si oui, c'est un fait décisif. Ce qu'il importe de connaître c'est si le mercure ne remonte pas jusqu'aux couches supérieures pour les empêcher de coller. Si la démonstration est faite de ce côté, le reste est accessoire.

M. Michaëls. — Quand on envisage l'obturation d'une dent, il y a deux points différents : la cavité et la matière qu'on emploie. Quand on prend des combinaisons de métaux, il y a toujours des actions électriques ; par exemple, en touchant simplement une obturation argentifère avec une sonde. Dans le cas actuel, tant que l'amalgame est exposé à la salive, il faut se demander si on n'aura pas de douleur consécutive. Si l'amalgame est très mince, s'il se durcit plus ou moins vite, comme il présente toujours une extension, vous aurez toujours une ouverture dans un sens ou dans l'autre et la salive s'infiltrera forcément. Si l'obturation est close de tous côtés par l'or, elle peut être bonne, dans le cas contraire nous retombons dans l'ancien système. Quand l'humidité pénètre, on peut avoir une action galvanique qui se produit toutes les fois que des plombages d'or et d'amalgame se touchent. J'ai vu à Vienne deux dents dans ces conditions et mes patientes en souffraient. Je ne suis donc pas d'avis de faire des obturations mixtes.

M. Godon. — Les objections de M. Michaëls sont très importantes : la première porte sur l'action galvanique qui a lieu dans la bouche quand il y a deux métaux différents. Nous avons tous remarqué que, quand on applique une glace à boucher sur une obturation mixte, il y a une action galvanique produisant une douleur, naturellement quand la dent est vivante. Mais cela ne se produit que

lorsque l'amalgame et l'or sont exposés à la salive, car, pour avoir une pile, il faut deux métaux et un acide. Dans le cas de M. Chauvin, obturation de face triturante par exemple, il ne peut pas y avoir de pile puisqu'un seul métal est exposé à l'action de la salive.

La seconde objection porte sur le retrait de l'amalgame et la diminution d'adhérence de l'amalgame aux bords de la cavité. Mais ce retrait ne s'opère-t-il pas quand le plombage durcit ? L'application de l'or sur l'amalgame a pour effet d'obtenir un durcissement immédiat, aussi certains dentistes emploient-ils des feuilles d'or pour provoquer ce durcissement immédiat dans les obturations à l'almagame.

M. Loup. — Le mercure a une rétractibilité différente selon les axes de l'obturation par suite de sa tendance à la forme sphéroïdale ; le plus souvent elle s'exerce dans le sens longitudinal avec une expansion dans le sens transversal. Les molécules les plus éloignées tendant à se rapprocher du centre, il faut se rendre compte de la forme de la cavité pour juger de la rétraction.

M. Dubois. — Evidemment les objections de M. Michaëls sont graves, mais pourtant on ne doit pas oublier que dans la plupart des cavités, le mélange des deux métaux n'est pas préjudiciable. Cette action a été exagérée par Flagg qui prétendait que la dentine et l'obturation agissaient comme deux électrodes, produisant une action galvanique attaquant la dentine. Le *New-Departure* est oublié. Miller a fait justice de ces vues hypothétiques.

Je ne prétends pas pour cela que la combinaison de deux métaux dans la même obturation soit absolument inerte ; on en a la preuve par ce qui se passe avec l'association or-étain. Cette obturation mixte a été pratiquée il y a plus de 50 ans par un dentiste de Manchester et a été recommandée à nouveau ces dernières années par Miller, de Berlin. Je l'ai expérimentée dans la bouche de l'un des miens et j'ai pu me convaincre des avantages du système. Mon obturation pouvait parfaitement se rayer le jour où elle fut faite ; aujourd'hui, six mois après, elle a une dureté beaucoup plus grande. L'action chimique de l'obturation or-amalgame est possible sans que sa nocivité soit démontrée et il se pourrait même qu'elle fût bienfaisante comme celles d'or et d'étain.

Avant que ce côté de la question soit bien établi à nos yeux, il faut nous demander si, avec l'amalgame et l'or, nous pouvons faire des obturations véritablement homogènes. Sur ce premier point, les spécimens qui nous sont présentés sont réellement très concluants. Comment se comporteraient-ils dans la bouche ? Je l'ignore.

M. Michaëls. — Faites simplement un amalgame, mettez-le dans une dent et vous verrez son action au bout d'un certain temps. Avec l'obturation à l'étain, l'oxyde d'étain protège la dent.

M. Dubois. — Puisque dans nos alliages d'amalgame, l'étain entre en proportion notable, on peut espérer, jusqu'à preuve du contraire, qu'il aura des résultats avantageux.

M. Michaëls. — Il ne me semble pas correct d'avoir la surface extérieure exposée et de l'or par dessus. Il est d'ailleurs constant qu'il y a des actions thermo-chimiques dans la bouche.

III. — PRÉSENTATION DUN MAILLET, par M. BYRNES.

M. Dubois. — Le représentant de M. Byrnes a bien voulu nous présenter ce soir un nouveau maillet s'adaptant au tour dentaire.

Il existe déjà plusieurs maillets de ce genre : celui de M. Daly, celui de Bonwill ; le maillet Byrnes a des points de ressemblance avec le maillet Daly. La supériorité de ce système est dans la rapidité des coups et dans la force motrice émanant de l'action de la pédale, ce qui assure à l'opérateur une plus grande indépendance de mouvement que la pression manuelle exercée avec le Snow et Lewis. L'inventeur réclame pour son maillet les avantages suivants : de pouvoir s'adapter à tous les tours dentaires, le crochet à ressort s'ajustant à toutes les pièces à main en usage, les plus petites et les plus grandes, et il est aussi ferme que la pièce à main elle-même qui est vissée. On peut le fixer ou l'enlever instantanément. Il peut être fixé en un clin d'œil sur le pignon ou détaché de même, ce qui permet à l'opérateur de prendre son or sur la pointe et de le porter dans sa cavité. Un opérateur, même peu expérimenté, peut s'en servir facilement, car il n'exige aucune connaissance spéciale. Il agit aussi bien sur toutes les espèces d'or, quelle que soit leur forme et quel que soit le numéro, car la force du coup peut être augmentée ou diminuée par un écrou.

Son mouvement en avant et en arrière permet au dentiste de passer sur toutes les irrégularités de la matière obturatrice. La force du coup peut être amenée à tel point qu'une obturation peut être placée sur la paroi d'émail la plus mince sans la fracturer, et son coup uniforme et automatique calme le patient nerveux. Il peut recevoir les pointes Snow et Lewis. Le mouvement moteur est dû à une pédale et à une roue et, dans ces conditions, la main de l'opérateur n'est plus une force motrice.

M. Michaëls. — Le maillet Daly donne un choc plutôt trop fort.

M. Dubois. — Nous remercions M. Schultes de son intéressante présentation.

IV. — PRÉSENTATION D'UNE ANOMALIE DE NOMBRE, par M. LÉVRIER.

M. Lévrier. — Voici l'empreinte d'une mâchoire dans laquelle les petites molaires d'un côté ne sont jamais venues et où sont venues, à leur place, des grosses molaires. La même chose s'est produite en bas. Le sujet a 32 ans et est bien portant ; c'est une femme.

V. — TRANSPLANTATION DE LA PREMIÈRE PETITE MOLAIRE ET PRÉSENTATION DU SUJET, par M. BARTHELOTTE.

M. Barthelotte. — Je soumets à l'approbation de la société un cas de transplantation. L'extraction a été faite par M. Ronnet, et la dent m'a été remise par M. Godon 4 ou 5 jours avant l'opération ; elle avait été conservée dans l'alcool. J'ai fraisé l'alvéole, agrandi la cavité alvéolaire, mais n'ai posé ni bride, ni appareil.

M Ronnet. — La racine que j'ai avulsée avait un commencement de bifidité et la dent transplantée aussi : le cas était donc favorable. Au point de vue de l'épaisseur de la dent, nous avions ce qu'il fallait et on a mis la dent tout de suite après l'extraction.

M. Godon. — Cette dent provenait d'une jeune fille de 17 ans, et j'avais dû l'enlever pour opérer le redressement. La transplantation la plus courte que je connusse était de 24 heures après ; cette fois-ci, c'est 15 jours après qu'elle a été pratiquée.

M. Chauvin. — La transplantation a-t-elle été faite quinze jours après l'extraction de la racine ou de la dent ?

M. Godon. — De la dent.

M. Chauvin. — J'ai connu un dentiste qui avait une collection de vieilles dents; il transplanta l'une d'elles à un paysan, elle a parfaitement pris, je l'ai vue trois ans après.

M. Ronnet. — J'ai fait aussi une réimplantation à la suite d'un cas de rotation sur l'axe; mais, au lieu d'avoir une racine unique, elle avait une espèce de petit crochet à l'extrémité radiculaire; pour cette raison la dent ne put pas tourner, l'extraction en résulta et je dus la persuplanter, mais il me fut impossible de la remettre droite. J'ai dû préparer l'alvéole et limer quelque peu la racine; en conséquence je me suis entouré de toutes les précautions antiseptiques. Malgré cela, au bout de quinze jours, j'avais un petit abcès et j'ai dû enlever l'appareil de soutien; la dent n'avait pas repris ses connexions vitales.

M. Legret. — Pour que la dent ne glisse pas, il est bon de garnir le davier avec un linge.

M. Ronnet. — Ma dent ne pouvait se retourner par suite de l'anomalie de la racine.

M. Loup. — La dent aura remué dans l'alvéole et irrité le périoste; de là la nécrose.

M. Meng. — La cavité du crochet n'aura pas été rebouchée, et comme la dent s'appliquait très bien à l'alvéole, vous aviez là un sac. J'ai fait, pour ma part, deux implantations et n'ai eu aucun accident : l'une d'elle durait encore deux ans après, je vous présenterai l'autre un de ces jours. J'attribue l'insuccès de M. Ronnet à la malformation de la racine.

M. Godon. — Je ne crois pas qu'on puisse, à propos de transplantation, discuter la réimplantation et toute la greffe dentaire. L'observation de ce soir porte sur un cas de transplantation. Elle prouve que l'on peut se servir d'une dent extraite depuis quelque temps déjà pour faire une transplantation. Il serait intéressant maintenant de savoir après combien de temps une dent extraite peut être transplantée avec chance de succès.

M. Ronnet. — Dans la transplantation, il est impossible de faire que les parties alvéolaires et radiculaires s'ajustent exactement.

M. Dubois. — La question de la greffe dentaire se représente devant nous et nous avons à nous demander pourquoi une dent reprend et pourquoi elle ne reprend pas. Il ne faut pas oublier que cette opération ne donne pas que des succès, et tous ceux qui ont pratiqué la greffe ont eu des échecs. Magitot, aussi bien que les autres. Pourquoi ? Nous l'ignorons, et il ne faut pas nous étonner si, en nous entourant de toutes les précautions possibles, nous ne réussissons pas toujours.

Toutefois certains faits se dégagent de l'observation de ce soir : 1° L'intervalle qui s'écoule entre l'extraction et la transplantation qui est considérable vient à l'appui de l'opération de Younger faite avec des dents sèches; 2° Il semble, et le cas de M. Ronnet ainsi que celui de M. Barthelotte semblent le prouver, qu'il est plus avantageux de creuser le fond de l'alvéole que d'entamer la racine. Dans toutes les greffes dentaires où on sacrifie une partie du périoste, on risque d'avoir un commencement de résorption sur le point dénudé. Afin d'éviter cela on s'est attaqué à l'os et la résection de celui-ci

paraît moins préjudiciable. On peut donc fraiser le fond de l'alvéole sans grands inconvénients. L'intégrité du périoste est une condition indispensable de la réussite immédiate et de la durée de la greffe.

VI. — Emploi de la vaseline boriquée, par M. Godon

M. Godon. — La vaseline peut être un excellent véhicule pour porter dans le fond des canaux dentaires certains médicaments. Je ne veux pas traiter ce soir cette question à fond, mais seulement vous signaler deux observations intéressantes. Associée avec l'acide borique, la vaseline m'a donné deux fois d'excellents résultats.

Une malade atteinte de périostite chronique après occlusion d'une cavité éprouvait toujours des douleurs de périostite. J'ai essayé sans succès de tous les antiseptiques et aucun n'a réussi; j'eus alors recours à un mélange de vaseline et d'acide borique dans lequel l'acide borique préalablement pulvérisé était ajouté en quantité égale au volume de la vaseline. Je pus fermer les deux dents immédiatement; la sensibilité disparut et la malade put supporter l'occlusion sans périostite. Dans un autre cas, j'avais soigné une molaire inférieure pendant deux ou trois mois sans succès, la vaseline boriquée me donna un semblable résultat.

M. Ronnet. — M. Godon a-t-il remarqué s'il y avait de l'odeur dans les canaux? Même quand on a enlevé toutes les parcelles mauvaises il en reste.

M. Godon. — Dans l'une des dents — une molaire inférieure — (j'aurais pu guérir l'autre) j'ai essayé tous les médicaments, et la persistance de la périostite provenait, suivant moi, de débris de tire-nerfs, de mèches, etc., restés dans les canaux et que je ne pus retirer.

M. Ronnet. — Alors il y avait rétention de corps étrangers?

M. Godon. — Non, mais un nettoyage incomplet et impossibilité de l'obtenir parfait. J'avais proposé l'extraction, la périostite persistant après un long traitement.

VII. — Présentation d'un crane de franc, par M. Poinsot

M. Poinsot. — Le crâne que je vous présente nous offre plusieurs sujets d'étude; il paraît remonter au IVe ou au Ve siècle de notre ère. Le sujet pouvait avoir quarante-cinq ans; ses dents portent des caries nombreuses du quatrième degré avec des lésions alvéolaires consécutives à ces caries. Le crâne a une suture mal formée; de plus, il y a à la mâchoire supérieure des dépôts de tartre considérables.

M. Isch Wall. — La présence de cette suture ne paraît pas avoir une grande importance, quoiqu'elle ait de la persistance. C'est la première fois que je vois du tartre sur les crânes anciens.

M. Poinsot. — Souvent dans les troubles généraux il y a des altérations des dents, et cela peut avoir une certaine valeur. Le sujet ne devait pas broyer latéralement. On remarquera que les incisives sont très usées. Si nous n'avions d'autre preuve que les Francs mangeaient des aliments très durs, cela serait suffisant.

M. Isch Wall. — Dans les cimetières d'Erme, on trouve deux épo-

ques bien tranchées : l'époque gallo-romaine et l'époque mérovingienne, côte à côte, et presque tous les corps se rencontrent dans des tombeaux fermés par de grandes auges de calcaire grossier. J'ai mesuré les crânes et j'ai observé qu'aux crânes dolichocéphales succédaient des crânes brachycéphales.

M. Dubois. — J'ai déjà apporté à la Société un crâne de Gallo-Franc provenant de la même région (de Saint-Just, dans le Beauvaisis). Quoique les dents du crâne présenté par M. Poinsot montrent d'assez nombreuses traces de caries, on notera qu'il y a peu de dents absentes. Ce n'est pas là ce que nous appelons, nous dentistes, de très mauvaises dents. Dans la statistique que j'ai dressée d'après les comptes rendus du recrutement de l'armée, on voit que l'Oise occupe le n° 86, c'est-à-dire qu'il n'y a que trois départements plus désavantagés à cet égard. Sur 100,000 examinés, plus de 2,000 sont réformés pour cette infirmité; comme il s'agit de jeunes gens de vingt ans, on voit que le mal doit être grand pour qu'il en soit ainsi. Si nous prenons donc ce crâne comme étalon, on en déduit que, sur ce point, il y a eu dégénérescence et que, dans l'Oise, on a aujourd'hui de plus mauvaises dents qu'il y a quatorze ou quinze siècles.

M. Isch Wall. — Si on possédait une collection de crânes des différentes époques, on pourrait faire des études comparatives sur les dents.

M. Poinsot fait don de ce crâne au musée de l'Ecole.

VIII. — PRÉSENTATION D'ANOMALIE.

M. Dubois. — J'ai reçu de M. Delmas une anomalie de direction de la dent de sagesse supérieure gauche qui s'est soudée par exostore avec la deuxième grosse molaire.

Cette anomalie, quoique relativement fréquente, offre néanmoins un grand intérêt pour nous.

M. Delmas l'offre au Musée.

Voici l'observation :

Mme X..., 58 ans. — Cette personne vint me consulter sur une odontalgie dont elle souffrait horriblement depuis déjà quelque temps. Après examen de la bouche je conseillai l'ablation de la 2e grosse molaire supérieure gauche d'où me paraissait provenir tout le mal, ce qui fut consenti par la malade aussitôt.

J'opérai sur-le-champ à l'aide du davier, mais devant la résistance que je rencontrais, alors surtout qu'a première vue elle en offrait si peu, étant à moitié déchaussée, je me repris, car je vis tout de suite que j'étais en présence d'un cas particulier; ce ne fut qu'alors que je compris que cette dent faisait corps avec la dent de sagesse ; je crus néanmoins devoir terminer l'opération, et, en effet, les 2e et 3e grosses molaires se présentèrent ensemble parfaitement soudées, entre elles, telles d'ailleurs que j'ai l'honneur de vous les soumettre.

Nous remercions M. Delmas.

IX. — FIXATION DE L'ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE.

M. le président. — Notre prochaine réunion aura lieu le premier mardi d'octobre.

La séance est levée à onze heures.

Le secrétaire de la séance, BIOUX.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

Année scolaire 1888-89

EXAMENS DE FIN D'ANNÉE (session de juillet)

Les examens ont été terminés le samedi 13 juillet, ils ont donné les résultats suivants :

Fin de 1re année. Sur 30 élèves inscrits 15 se sont présentés, 13 ont été admis à passer en 2e année.

Ce sont :

1° M. Prussenar avec 53 3/4 points;
2° Mme Bertrand, 49 1/2;
3° M. Mouton, 48 3/4 ;
4° Mme Boquillon, 48 1/4 ;
5° M. Xrouet, 48 1/4 ;
6° M. Ronnet, 47 1/2 ;
7° M. Lecomte, 45 1/4;
8° M. Wrigt, 44 3/4 ;
9° M. Goldschmidt, 43 1/2 ;
10° M. Sorré, 42 3/4 ;
11° M. Lemaire, 40 1/2 ;
12° M. Guller, 35 1/2 ;
13° M. Gaillard, 32 1/2.

Fin de 2e année. Sur 32 élèves 26 ont commencé les épreuves pratiques, 4 n'ont pas continué et 19 seulement se sont présentés aux épreuves théoriques, sur lesquels 18 ont été admis à passer en 3e année.

Ce sont :

1° M. de Massias avec 57 3/4 points ;
2° M. Paulme, 55 1/2 ;
3° M. Vauvillers, 53 1/2;
4° M. Meunier, 53 ;
5° M. Tucker, 50 ;
6° Mlle Krazuscha, 49 3/4 ;
7° Mlle Martinot, 49 1/4 ;
8° M. Chaigneau, 49;
9° M. Aron, 47;

10° M. Dumora, 47 ;
11° M. Geoffroy, 47 ;
12° M. Videau, 47 ;
13° M. Mayrhoffer, 46 1/2 ;
14° M. Bourgeon, 45 1/2 ;
15° M. Chambaret, 44 1/4 ;
16° M. Petit, 44 ;
17° M. Denis, 43 1/2 ;
18° M. Fresnel, 42 1/4.

Mme Cornuau, ayant subi avec succès les épreuves pratiques, et étant dispensée des épreuves théoriques, passe également en 3e année.

Fin de 3e année, maximum 120 points, minimum 80. Sur 35 élèves 24 ont abordé les épreuves pratiques, plusieurs ont échoué, d'autres se sont retirés et 17 ont été admis aux épreuves théoriques, sur lesquels 11 seulement ont été jugés dignes du diplôme de fin d'études.

Ce sont :

1° M. d'Argent, 115 3/4 ;
2° M. Devaucoux, 106 1/4 ;
3° M. Hamonet, 104 1/2 ;
4° M. d'Almen, 101 1/4 ;
5° M. Swendsen, 99 1/4 ;
6° M. Laurent, 97 3/4 ;
7° M. Favre, 93 3/4 ;
8° M. Bartelotte, 88 3/4 ;
9° M. A. Douhet, 87 1/2 ;
10° Mlle Vandacouroff, 82 ;
11° M. Bouvet, 80.

CONGRÈS INTERNATIONAL DENTAIRE DE 1889

BUREAU

Président :

M. David, docteur en médecine, dentiste des hôpitaux de Paris.

Vice-Président :

M. Gaillard, docteur en médecine, directeur de l'Ecole dentaire de France.

M. Saussine, médecin de la Faculté de Paris, ex-professeur à l'Ecole dentaire de France.

Secrétaire général :

Pourchet, médecin de la Faculté de Paris, professeur à l'Ecole dentaire de France.

Secrétaires :

Blocmann, médecin de la Faculté de Paris, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Damain, directeur-adjoint de l'Ecole dentaire de France.

Godon, directeur-adjoint de l'Ecole dentaire de Paris, et secrétaire général de l'Association des dentistes de France.

Trésorier :

Kuhn, médecin de la Faculté de Paris, docteur de la Faculté de Bruxelles.

Membres du comité :

Chauvin, vice-président de la Société d'odontologie de Paris, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Crignier, ex-sous-directeur de l'Ecole dentaire de France. Bibliothécaire archiviste.

Dubois, président de la Société d'Odontologie de Paris, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Dubrac, ex-secrétaire général de la Société odontologique de France.

Ducournau, professeur à l'Ecole dentaire de France.

Marchandé, docteur en médecine de la Faculté de Paris, président de la Société odontologique, dentiste des hôpitaux.

Papot, vice-président de la Société d'odontologie de Paris, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Poinsot, président de l'Association générale des dentistes de France, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Ronnet, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

BUREAUX HONORAIRES

Grande-Bretagne

Président : M. Sir John Tomes, Londres.
Vice-président : M. le Dr Stack, Dublin.
Secrétaire : M. le Dr Geo. Cunningham.

Etats-Unis

Vice-présidents : M. le Dr Bogue, New-York.
» M. le Dr Harlan, Chicago.
Secrétaire : M. le Dr Ottofy, Chicago.

Société odontologique suisse.

Secrétaire : Dr Redard, professeur à l'Ecole dentaire de Genève.

Sociétés scandinaves, Suède, Danemark, Norvège

Suède : M. Victor Bensow, professeur à l'Institut dentaire de Gothembourg.

Danemark : Haderop, professeur-instructeur à l'Ecole dentaire de Copenhague.

Délégué de la Societe de Norvège : M. Heidé, Paris.

Etats-Unis

Société dentaire de Nebraska.
Société dentaire de l'Illinois.
Société odontologique de Chicago.
Société dentaire de Brooklyn,
Société dentaire de Saint-Louis.

Amérique du Sud

M. le Dr Etchepareborda a été nommé délégué de la République Argentine et de la Faculté des Sciences médicales de Buenos-Ayres au Congrès international dentaire de Paris.

M. le Dr P. Calais de Hambourg a été nommé représentant de la République de Salvador.

La Société dentaire de l'Illinois a nommé pour la représenter au Congrès les délégués suivants : MM. G. Cushing, W. Taggart, H. Fitch, C. A. Kitchen, C. Rohland, B. Davis, L. Gilmer, C. Stone, E. David, W. Prichett, M. Patten, J. Jennelle, W. Johnston, S. Talbot, R. Koch, G. D. Sitherwood.

A la réunion de la Société dentaire de Saint-Louis le 17 juin dernier, le Dr J. B. Newby a été nommé délégué de la Société au Conrès dentaire international. Il représentera également les *Archives of Dentistry*.

La Société dentaire de l'Etat de Nebraska a désigné MM. Kings de Lincoln, Billing et Frank de Ornaka pour les représenter au Congrès.

Le journal de la *British Dental Asociation* publie un appel aux dentistes anglais en faveur du Congrès dentaire international de Paris.

LISTE DES COMMUNICATIONS ANNONCÉES

M. Fayoux, Niort : Sur un nouveau produit pour empreintes.

M. Dubrac, Paris : De l'anesthésie locale.

Dr David, Paris : Sur la réglementation de l'art dentaire en France.

M. Préterre, Paris : Des divisions du voile du palais ; parallèle entre l'intervention chirurgicale et la prothèse (avec présentation de sujets).

M. Brugger, Kreutzlingen : Sur les obturateurs avec démonstration sur malades.

M. Godon, Paris : 1° L'enseignement de l'art dentaire; 2° Contribution à l'étude du redressement des dents et des arcades alvéolaires.

M. C. V. Johnson, Chicago : L'éducation dentaire.

M. Harlan, Chicago : Diffusibilité des médicaments dans la dentine vivante ou morte.

M. Cunningham, Cambridge : De l'obturation immédiate des canaux.

M. Dubois, Paris : 1° Les dents des Français ; 2° Projet de questionnaire pour l'enquête internationale sur l'état des dents des différents peuples ; 3° Essai de classification et de terminologie des principales maladies des dents et de la bouche ; 4° Du traitement des dents à pulpe malade et de celles à pulpe morte.

M. Heidé, Paris : De l'obturation à l'aide de fragments d'émail.

M. Lecaudey, Paris : Du choix des antiseptiques en chirurgie dentaire.

M. Bergstrom : Présentation d'un appareil pour projeter l'air chaud.

M. Barrié, Paris : Contribution à l'étude du travail à pont.

M. Poinsot, Paris : 1° Présentation de daviers à mors parallèles avec serrage instantané (démonstration) ; 2° Observation sur un cas de paralysie générale avec accidents cérébraux produits par la présence de dents pathologiques dans la bouche ; 3° Du lavage des amalgames.

M. Ottofy, Chicago : L'art dentaire aux Etats-Unis.

M. Pradère, Lyon : Présentation d'une nouvelle matière antiseptique pour la monture des dents.

M. Redard, Genève : Carie des 3° et 4° degrés, leur traitement.

M. Bonwill, Philadelphie : Présentation d'instruments.

M. Kœnaart, Bruxelles : Le travail à pont.

M. Richard Chauvin, Paris : 1° Essais sur la cocaïne ; 2° La gingivite. — Essai de classification. — Conséquences pathologiques. — Thérapeutique rationnelle.

M. Hugenschmidt, Gothembourg : 1° Observation d'herpès. Zoster buccal ; 2° De l'implantation des dents ; 3° Considérations sur la cocaïne.

M. Victor Bensow : Résumé bref sur le moyen de faire des

aurifications et obturations dans les dents artificielles (démonstrations et échantillons à l'appui.)

M. Carcatzonis, Athènes : Observations sur : 1° Des perforations de la voûte palatine. 2° La cocaïne.

M. Mikhalowski, secrétaire du conseil pédagogique de l'Ecole dentaire de Saint-Pétersbourg : Résumé bref historique de l'enseignement et de l'état de l'Ecole dentaire en Russie.

M. Rauhe, Dusseldorf : Maillet-pneumatique.

M. Bleichsteiner : Injections de cocaïne comme moyen d'anesthésie locale.

M. le Dr Frank, Vienne : D'une pince à découronner les dents.

M. S. S. White : Couronnes en porcelaines avec les instruments pour les fixer.

M. Lucien Eilertsen, Paris : 1° Reconstitution des dents à l'aide de fragments d'émail et de couronne ; 2° Appareils à air chaud à température graduable ; 3° Pile thermo-électrique.

MEMBRES ADHÉRENTS

MM. Deane, Paris. — H. Lee, Reims. — C. Lee, Reims. — Pradère, Lyon. — Saint-Hilaire, Paris. — Cludius, Grenoble. — Disparaguère, Bordeaux. — Du Bouchet, Paris. — Cumming, Paris. — Grüter, Besançon. — Reynaud, Perpignan. — Wisner père, Nantes. — Wisner fils, Nantes. — M. Daclin père, Villefranche. — A. Daclin fils, Villefranche. — Alaux, Toulouse. — Victor Sarradon, Pau. — Emile Sarradon, Pau. — Frizon, Paris. — Kuenzi, Paris. — L. de Lemos, Paris. — Stephane, Paris. — Colson, Paris. — Louis Dupont, Troyes. — M. Michaels, Paris. — Coignard, Nantes. — Monick, Le Mans. — Dugit, Paris. — Debray, Saint-Germain-en-Laye. — Ribouleau, Rethel. — Ad. Hélot, Brest. — Nance, Annecy. — P. Barthélemy, Nancy. — Lebars, Lyon. — John Evans, Paris. — Bogue, Paris. — Burgué, Saint-Quentin. — Gillard, Paris. — Pothier, Vichy. — Grimaldi, Paris. — Saumur, Paris. — Touchart, Paris. — Perrigault, Paris. — A. Nouspikel, Clermond-Ferrand. — Leroux, Rennes. — Henri Harwood, Lyon. — Eugène Ott, Montbéliard. — Irigoin, Bayonne. — Georges Godde, Paris. — Maurice Ségal, Beauvais. — Brindod, Cherbourg. — Mme Delbreil-Martinot, Paris. — MM. Beltrami, Marseille. — Martin, Lyon. — T. Oustric fils, Dijon. — Harold-Williams, Lorient. — Amillac, Oran. — Dupas, Nantes. — Emmanuel Lecaudey, Paris. — Victor Lecaudey, Paris. — Alfred Magub, Paris. — L. Feuvrier, Soissons. — G. Insall, Paris. — Hugenschmidt, Paris. — Quncerot, Paris. — Claser, Paris. — Vizioz, Paris. — Meunier, Paris. — Léon Graule, Toulouse. — Francis Jean, Paris. — Valladon, Paris. — Queudot, Paris. — Duchesne, Paris. — Deschaux, Paris. — Louis Comet, Agen. — Henri Weber, Paris. — Thuillier, Rouen. — Guex, Saint-Dié. — Cantero, Bayonne. — Lebrun, Nantes. — Goldenstein, Paris. — Poirier, Chalon-sur-Saône. — Eugène Bonnaric, Lyon. — Audouard, Brives. — John Montaigu-Didsbury, Paris. — Léon Bioux, Paris. — A. Rollin, Paris. — Martial Lagrange, Paris. — Levadour, Paris. — Birot de la Pommeraye, Martinique. — Bernard, Paris. — Chapot, Nice. — Schwartz, Nîmes. — H. Neech, Paris. — P. Vasseur, Paris. — Potel, Paris. — Emma-

nuel Torre, Bordeaux.— Fayoux, Niort.— Cornelsen, Paris.— Fanton-Touvet, Paris. — Bouvier, Lyon. — H. Meifren. Poitiers. — Genard-Hugo, Paris. — Préterre, Paris. — Beauregard, Paris. — Lefrant, Saint-Dizier. — Duvoisin, Chartres. — Arsène Fayot, Clermont-Ferrand. — Chapuis fils, Dijon. — Denuit, Joinville. — J. Texier, Annonay. — Wirth, Paris. — Bert, Paris. — Mousis, Pau. — J. Gourmel. Sillé-le-Guillaume. — Louis Chéron, Tarbes. — Crouzet, Marseille. — Duncombe, — Lisieux. — Imrie, Paris. — Jules Lefèvre, Flers. — Mlle Didier, Saint-Denis. — MM. Contenau-Godard, Paris. — Ash et fils, Paris. — Gilbert fils, Sedan. — Arlet, Corbeny. — Guérin, Moulins. — Bennet, Rouen. — Michel-Durif, Saint-Claude. Dr Godet, Cherpenaize. — Pannetier, Commentry. — L. Cotte, Grasse. — Mirebeau, Bordeaux. — Dupuy, neveu, Pau. — Witing, Clermont-Ferrand. — Stener, Grenoble. — Ravel, Toulouse. — Remy-Brocard, Tarbes. — Gardenat, Paris. — Viau, Paris. — Billet, Paris. — Ed. George, Paris. — Mme Busquet, Paris. — MM. Kingsley, Paris. — Lombard, Paris. — Davenport, Paris. — Ed. Neech, Paris. — Prevel, Paris. — Barbe, Paris. — Le Sève, Paris. — Clémenceau, Paris. — Hénon, Paris. — Charlier, Paris. — Mme Venturini, Vannes. — MM. Wiesner, Paris. — Gédon, Guadeloupe. — Sardin, La Rochelle. — Stevens, Paris. — Bergstrom, Paris. — Cramer, Chaumes. — Thomas Evans, Paris. — Barrié, Paris. — Trallero, Cette. — Brigiotti, Paris. — Dupuy, Amiens. — Louis Fossez, Saint-Etienne. — Dr Mayet, Alais. — Dr Moty, Paris. — Rosenthal, Nancy. — Ed. Fournier, Paris. — Gautier, Bordeaux. — Dr Guénard, Bordeaux. — Lawrence, Paris. — Ravel, Paris. — L. Eilertsen, Paris. — J. Spaulding, Paris. — Crane, Paris. — E. Grosheintz, Paris.

MM. Tirso Perez, Madrid, (Espagne). — S. Praatto, Buenos-Ayres, (République Argentine). — J.-F. Feen, Dixmude, (Belgique). — Ad. Merce, Bucharest, (Roumanie). — Roubin, Salonique, (Turquie d'Europe). — Telschow, Berlin, (Allemagne). — Paul Lehr, Buschweiler, (Basse-Alsace). — Théodore Picnot, La Haye, (Hollande). — Carcatzonis, Athènes, (Grèce). — Museler Dolman, Trèves. (Allemagne).— Manuel Palacio Diaz, Viscaya, (Espagne). — Van der Elst, Bruxelles, (Belgique). — Mosquita, père, Paolo Paulo, (Brésil). — Mosquita fils, Paolo Paulo, (Brésil). — Amédée Boursin, Tralée, (Irlande). — Alexis Cabanne, Buenos-Ayres, (République Argentine). — A. Bonnefon, Lisbonne, (Portugal). — J.-B. Deprez, Moscou, (Russie). — Juan de Otaola, Bilbao, (Espagne). — Rudesindo Trallero, Barcelone, (Espagne), — Feldmann, Haguenau, (Alsace). — Oscar Cerf, Verviers, (Belgique). — J.-L. Fierney, Francfort-sur-le-Mein, (Prusse). — Séguinand, Varsovie, (Pologne Russe). — Salvator Negri, Ancole Picena, (Italie). — Kœnaart, Bruxelles, (Belgique). — Delapierre, Bruxelles, (Belgique). — Thioly Regard, Genève, (Suisse). — Thomas Vilagibert, Palma, (Ile Majorque). — A. Stolper, Leipzig, (Allemagne). — Eug. Delphin, Genève, (Suisse). — Bonwill, Philadelphie, (Etats-Unis). — Azevedo Ramos, Madère, (Ile). — Mulhansler, Fribourg, (Allemagne). — Adolphe Manhkopp, St.-Pétersbourg, (Russie). — Herbst, Brême, (Allemagne). — Oddo, père, Messine, (Sicile). — Oddo fils, Messine, (Sicile). — Nicolas Ranim, Berlin, (Allemagne). — Weber, Luxembourg, (Grand-Duché). — Oscar Amoedo, Habana, (Cuba). — Rosenthal, Liège, (Belgique). — Ant. Bleichsteiner, Gratz, (Autriche). — Richter, Breslau, (Allemagne). — Sir John Tomes, Londres, (Angleterre). — César Campani, Florence, (Italie). — Bil-

leter, Zurich, (Suisse). — Schulthes, Bâle, (Suisse). — Geo. Cuningham, Cambridge, (Angleterre). — Stack, Dublin, (Irlande). — Macleod, Edimbourg, (Ecosse). — Bogue, New-York, (Etats-Unis). — Arnim Rothman, Buda-Pesth, (Hongrie). — G. Fay, Bruxelles, (Belgique). — Redard, Genève, (Suisse). — Calais, Hambourg, (Allemagne). — Victor Bensow, Gothenbourg, (Suède). — Haderop, Copenhague, (Danemark). — Fandelage Fareningen, Copenhague, (Danemark). — Van Noert, Brooklyn, (États-Unis). — N. Jarvie jeune, Brooklyn, (Etats-Unis). — Heidé, Paris, (France). — Mikalowski, St.-Pétersbourg, (Russie). — Th. Vajinski, St.-Pétersbourg, (Russie). — C. F. Hoeg, Bergen, (Norvège). — L. Ottofy, Chicago, (Etats-Unis). — Harlan, Chicago, (Etats-Unis.) — C. V. Johnson, Chicago, (Etats-Unis). — Brugger, Kreutzlingen, (Turgovie Suisse). — J. Studley, Dublin, (Irlande). — Eyalmard, Gothenbourg, (Suède). — Rauhe, Dusseldorf, (Prusse rhénane). — Mlle Constance Elbe, Stockholm, Suède — H. Claass, Kœnigsberg, (Allemagne).

Nous prions les adhérents de bien vouloir nous communiquer leurs réclamations au sujet d'omissions ou d'erreurs.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES

De Paris

Assemblée générale annuelle du 29 janvier 1889

Présidence de M. Poinsot président

Quarante-trois membres sont présents. Le secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la dernière assemblée générale du 28 janvier 1888.

Le procès-verbal est adopté.

M. Godon rend compte, au nom du Conseil de direction de la Société, des travaux et des résultats de l'année.

M. Ronnet, trésorier, après avoir distribué des exemplaires de l'état des recettes et des dépenses, donne lecture de son rapport sur la situation financière de la Société. Après quelques observations présentées par MM. Gillard, Touchard, Poinsot et Dubois, l'Assemblée, consultée, approuve les comptes du Trésorier et le rapport du secrétaire général.

M. le Président fait connaître le relevé des présences des membres du Conseil de direction aux séances mensuelles.

Une proposition de M. le Dr David tendant à nommer une commission chargée de refondre les statuts de la Société est repoussée par 29 voix contre 14 sur 43 votants après une longue discussion.

M. Dubois déclare, après retirer le projet de modification aux statuts qu'il avait été chargé de présenter au nom du Conseil de direction.

L'ordre du jour appelle le remplacement des membres sortants du Conseil de direction. M. Meny renouvelle sa proposition relative aux membres qui ont été nommés et qui n'ont pas assisté aux séances du Conseil.

M. Godon fait remarquer que l'Assemblée saura choisir entre ceux qui n'assistent pas aux séances par négligence, et ceux qui quoique absents pour des motifs sérieux n'en apportent pas moins un concours précieux à l'Ecole et à la Société.

La proposition de M. Meng n'est pas adoptée.

Sur une question de M. le Dr David, M. le Président fait connaître que M. Lecaudey, président honoraire, peut être réélu membre actif.

Après une suspension de séance d'un quart d'heure pour la préparation des listes, il est procédé au scrutin qui donne les résultats suivants :

Votants 43 dont un bulletin blanc.

Ont obtenu :

MM. Bioux	41 voix		MM. Aubeau	25 voix	
Ronnet	38	—	Blocman	25	—
Gravollet	36	—	David	25	—
Papot	33	—	Pigis	25	—
Lecaudey	31	—	Thomas	25	—
Godon	30	—	Meng	21	—
Tusseau	29	—	Martinier	11	—
Dugit Ad.	28	—	Touchard	10	—
			Douhet	9	—

En conséquence. MM. Bioux, Ronnet, Gravollet, Papot, Lecaudey, Godon, Tusseau Dugit, Dr David, Dr Thomas, Blocman, Dr Aubeau et Pigis, sont élus membres du Conseil de direction.

L'assemblée après avoir voté l'ordre du jour annuel pour la reconnaissance d'utilité publique et contre la réglementation, se sépare à minuit.

Le secrétaire de la séance,
GODON.

Séance du 5 février 1889

Présidence de M. WIESNER, doyen d'âge.

Le procès-verbal de la dernière séance du Conseil est adopté.

Le Conseil adopte également le procès-verbal de la dernière assemblée générale de la Société et passe aux différents scrutins pour la nomination de son bureau; sont nommés :

Président, M. Poinsot, 18 voix.

Vice-Président,	M. Chauvin,	18	—
—	M. Wiesner,	16	
Secrétaire général	M. Godon,	15	—
Secrétaire correspondant,	M. Tusseau,	16	—
Trésorier,	M. Ronnet,	18	—
Sous-trésorier,	M. Papot,	19	—
Bibliothécaire,	M. Thomas	19	—
Sous-bibliothécaire,	M. Dubois,	19	—
Conservateur du Musée,	M. Lemerle,	17	—
— adjoint,	M. Prével,	18	—

Directeur de l'Ecole, M. Lecaudey.
Sous-directeur de l'Ecole, M. Godon.

Le Conseil décide ensuite le maintien :

1° Du comité de rédaction du journal.
2° De la Commission d'administration de la Société d'Odontologie.
3° Du Comité syndical, de la Caisse de Prévoyance.
4° De la Commission des finances, de contrôle et de comptabilité.

La Commission des examens est maintenue avec l'adjonction de MM. Gravollet, Prével et Prest. M. Gravollet est adjoint à l'ancienne commission de surveillance de la prothèse dont les pouvoirs sont confirmés.

La Commission de l'Exposition est composée de MM. Lecaudey, Kuhn, Chauvin, Papot et Lemerle.

Les pouvoirs de la commission pour la reconnaissance d'utilité publique sont maintenus.

Le Conseil étant constitué, M. Poinsot, après quelques mots de remerciements, donne lecture de la correspondance. M. Isch. Wall remercie le conseil de sa nomination comme professeur à l'Ecole.

M. le Président après avoir fait part au Conseil de la mort très imprévue de M. Brasseur, rappelle ses brillantes qualités et la haute considération dont il jouissait parmi ses confrères; il ajoute que plusieurs membres du Conseil de Direction ont représenté la Société à ses obsèques.

MM. Dubois et Chauvin sont chargés de se mettre en rapport avec les organisateurs du Congrès médical professionnel de 1889, qui ont invité l'association à y prendre part.

M. Ronnet chargé en même temps que M. David de faire une démarche auprès de M. Pigis et d'insister pour qu'il reprît sa démission de chef de laboratoire fait connaître le résultat de leur mission. M. Pigis, présent, maintient sa démission et ajoute que, comme il en avait informé les délégués, il reste membre de l'Association ainsi que du Conseil de direction.

M. le secrétaire général exprime les regrets du Conseil à ce sujet et demande qu'un concours ait lieu le plus tôt possible pour le poste de chef de laboratoire et d'un chef suppléant.

Le Conseil décide que le concours aura lieu le 3e dimanche de février et que l'ancien règlement sera maintenu.

La séance est levée à minuit.

Séance du 26 février 1889

Présidence de M. Lecaudey

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

M. Lecaudey prononce une courte allocution et remercie le Conseil de la nouvelle marque de sympathie et d'estime qu'il vient de lui donner et propose de nommer M. Godon directeur adjoint, afin de lui faciliter l'accomplissement de sa tâche.

M. le secrétaire général annonce la visite annuelle à l'Ecole de M. Evelin, inspecteur d'académie, pour le jeudi 28 courant.

M. Poinsot annonce que M. David l'a informé par lettre qu'il donnait sa démission de professeur à l'Ecole. Le Conseil accepte cette démission et désigne M. Dubois pour la suppléance du cours de M. David.

M. Godon fait connaître le rapport du Jury du Concours pour l'emploi de chef de laboratoire qui conclut à la nomination de M. Gravollet. Le Conseil accepte ces conclusions et nomme M. Gravollet chef du laboratoire de prothèse pour 3 ans.

M. Godon est désigné comme délégué de l'Ecole pour la représenter à l'Exposition en remplacement de M. le Dr David.

Séance du mardi 26 mars 1889

Présidence de M. Lecaudey

Après l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, M. Dubois rappelle la proposition que fit M. Lecaudey dans son allocution du 26 février dernier à l'effet de nommer M. Godon directeur adjoint afin de lui alléger sa tâche comme directeur de l'Ecole.

Le Conseil vote la proposition de M. Lecaudey, mais décide que conformément aux statuts elle ne deviendra exécutoire que lorsque l'assemblée générale aura admis la modification du titre de sous-directeur en celui de directeur adjoint.

En conséquence et pour répondre aux critiques dont ont été l'objet les statuts de la Société à la dernière assemblée générale, le Conseil décide la nomination d'une commission de revision de cinq membres : MM. Lecaudey, Dubois, Ronnet, Chauvin et Papot composent cette commission.

Le Secrétaire des séances,

Tusseau.

A PROPOS DE DIPLOMES DE MEMBRES BIENFAITEURS

Nous avons à plusieurs reprises condamné la supercherie grossière qui consiste à se dire *Membre de l'Ecole Dentaire de Paris*; cela n'a aucun sens pour les initiés et dans le corps professionnel on ne s'y trompe pas ; il n'en est pas de même dans la clientèle, surtout dans les petites villes de province, et les mensonges oraux aidant il s'établit une confusion au désavantage de nos diplômés. Ils sont les

principaux intéressés à déjouer la ruse et nous ne pouvons que leur prêter assistance si besoin est.

Tout récemment le trésorier de l'Ecole recevait une offre de souscription de cent francs, et comme le souscripteur indiquait quel usage il voulait faire du titre ainsi obtenu, le Conseil de Direction jugea nécessaire de l'aviser quels droits le diplôme de membre bienfaiteur conférait.

M. Tusseau, secrétaire correspondant de l'Association Générale des Dentistes de France le fit en les termes suivants :

. . . .

« Je crois devoir vous prévenir que le Conseil de Direction a décidé :

« 1° Que l'on ne devait en aucun cas se servir de ce titre dans un « but de réclame, publications, affiches, journaux, brochures, etc.

« 2° Que lorsque ce titre aurait à être mentionné, il devait l'être en « entier et non avec la simplification « membee de l'Ecole dentaire « de Paris »... cela sous peine de radiation.

A bon entendeur, Salut !

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1889

AVIS

Dans la composition et la rédaction du catalogue des nombreux objets qui composent la vitrine de l'Ecole dentaire de Paris à l'Exposition universelle, il a pu se glisser des erreurs involontaires. On nous en a déjà signalé quelques-unes que nous nous empressons de rectifier en priant ceux de nos confrères qui en connaîtraient d'autres de nous en faire part.

CATALOGUE

Errata

Page 13, n° 184, pièces en celluloïd avec dents aurifiées, *au lieu* de M. D. E. Lecaudey, directeur, lire de M. A. Magub, D. E. D. P.

Page 15, le n° 228 *bis* a été oublié, il comprenait : Compte rendu de a 4e séance d'inauguration, sous la présidence de M. Verneuil, pro - esseur à la Faculté de médecine, le 1er novembre 1883.

MISCELLANEA

I. Accidents dus à l'intoxication par la cocaïne. — II. Empoisonnement par la cocaïne. — III. Empoisonnement mortel par une injection de cocaïne dans l'urètre. — IV. Du liseré gingival dans la tuberculose. — IV. L'éducation dentaire en Allemagne.

DES ACCIDENTS AIGUS D'INTOXICATION PAR LA COCAÏNE

I

Dans le plus grand nombre des cas, il faut le reconnaître, l'injection sous-cutanée de 3 ou 4 centigrammes de cocaïne est sans inconvénient. Mais que l'on dépasse quelque peu cette dose et on provoquera dans certains cas des accidents souvent inquiétants, et parfois fort sérieux. En voici des exemples :

M. Bock a rapporté le cas d'une femme de vingt-huit ans, très bien portante, *sans antécédents nerveux*, enceinte de sept mois, qui, redoutant beaucoup la douleur de l'extraction d'une dent, fut soumise à l'injection de six gouttes d'une solution de cocaïne à 20 0/0 « entre la gencive et l'alvéole ». Par précaution, afin d'éviter que la cocaïne mélangée à la salive fût déglutie, la bouche, aussitôt après cette injection, fut soigneusement lavée. Quelques minutes plus tard, la malade, allant sortir, attire l'attention de l'opérateur par la fixité étrange de ses yeux; puis, environ dix minutes après l'injection, perte subite de la vue et troubles du sensorium : la malade marmotte quelques mots. A ce moment, les pupilles étaient normales; la face n'était point pâle ; l'habitus extérieur ne présentait rien d'anormal, sauf que la peau était un peu froide; respiration régulière; pouls plein et régulier, entre 80 et 90; les membres supérieurs étaient en résolution ; il y avait un peu de raideur dans les membres inférieurs; les excitations olfactives et la projection d'eau au visage restaient sans résultat, et la malade ne répondait pas aux questions. (L'examen du fond de l'œil, fait par un spécialiste, montra les veines normales, les artères un peu grêles, la papille normale.)

L'inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle, en peu de minutes amena la coloration du visage et le retour du sensorium.

Le docteur H. C. Wood (de Philadelphie), appelé à donner des soins à un malade qui venait de subir l'injection, dans une gencive, de moins de 7 centigrammes de cocaïne, l'a trouvé, une demi-heure après, dans un état de rigidité générale avec convulsions cloniques très rapides, surtout dans les membres supérieurs et dans le tronc. Les pupilles, modérément dilatées, réagissaient lentement à la lumière; la respiration très rapide avait, quant à l'accroissement et à la diminution alternative des mouvements respiratoires, le type de Cheyne-Stokes, mais *sans pauses*. Impossibilité d'avaler et de parler; pouls excessivement rapide, petit et faible, par moments opisthotonos. Engourdissement général.

M. Laborde a relaté en ces termes, à la Société de biologie, les symptômes éprouvés par un membre de cette Société après injection, dans une gencive, de 5 centigrammes de cocaïne :

« Pâleur excessive, refroidissement général, état syncopal; an-

goisse précordiale avec sentiment d'une fin prochaine, collapsus, etc. »

A la même Société, M. Moreau a exposé les effets de l'intoxication cocaïnique dont il avait été lui-même victime : quelques moments après l'injection dans une gencive de 10 centigrammes, excitation cérébrale extraordinaire et insensibilité générale aux piqûres (analgésie sans anesthésie) ; les pupilles étaient extrêmement dilatées ; le cœur avait de nombreux faux pas ; brouillards de la vue, sifflements d'oreilles, tendance aux syncopes. Ce tétat assez alarmant persista plusieurs heures.

Le docteur A.-W. Addinsell a pu aussi observer sur lui-même les effets de l'injection de 6 centigrammes de cocaïne dans un petit abcès à la racine d'une dent. Trois minutes après, le pouls était rapide et faible ; palpitations de cœur *extrêmement violentes*, avec un sentiment de suffocation ; dilatation des pupilles, excitation générale et loquacité, etc.

Un homme de vingt-neuf ans reçoit en injection, près de la paupière inférieure, une goutte et demie de solution de cocaïne à 10 0/0. Au bout de deux minutes, le malade devient pâle et réclame de l'air, les membres sont raides et froids, pupilles à demi dilatées, réflexes exagérées, pouls faible et fréquent. Pendant quelque temps le malade est hors d'état de répondre aux questions ; puis convulsions. Après son rétablissement, il n'avait aucun souvenir de son indisposition. Il est resté sujet aux vertiges.

Dans le cas du docteur Mannheim, il s'agit d'une femme de cinquante-sept ans, anémique, autrefois nerveuse, mais n'ayant pas eu d'accidents nerveux depuis dix ans. Pour une névralgie occipitale, on lui injecta sous la peau 1 centigramme de cocaïne et, la douleur n'ayant pas été calmée, le jour suivant, 2 centigrammes.

Environ trois quarts d'heure après, la malade sentit que ses membres refusaient le service et qu'elle ne pouvait plus se tenir sur ses pieds ; pas de perte de connaissance, mais angoisse ; excitation cérébrale ; pouls fréquent et rétrécissement de la pupille.

Deux heures plus tard, les symptômes s'étaient modifiés : les pupilles étaient *dilatées*, mais elles réagissaient ; le pouls était fort et régulier ; battements des carotides, puis envies d'uriner très fréquentes pendant quinze heures, et émission d'une urine abondante et très pâle. En même temps, contraction vaso-motrice amenant une sensation de froid aux extrémités et troubles respiratoires présentant le type de Cheyne-Stokes ; insomnie pendant trente heures. Au bout de ce temps, l'action de la cocaïne paraissait épuisée ; mais, trois jours plus tard, il survint un accès ayant beaucoup de ressemblance avec l'accès primitif, quoique moins grave. Pendant plusieurs semaines il se manifesta encore des accès.

Un enfant a eu des symptômes d'asphyxie grave avec l'injection de 2 centigrammes de cocaïne sous la peau du pavillon de l'oreille.

II

Dans tous les cas que je viens de rapporter — et j'aurais pu en produire davantage — l'injection a été faite à la face ou à la tête. D'après le professeur Wölfler (de Gratz), cette particularité a de l'importance : il a relevé 23 cas d'accidents consécutifs aux injections de

cocaïne, et en en retranchant les cas où la dose a été évidemment trop forte, il en reste 19 (sur 20) dans lesquels la cocaïne a été injectée à la tête.

M. Wölflere pense qu'on peut injeeter aux extrémités une dose d'un tiers plus forte qu'à la face. Il paraît même admettre comme possible que la cocaïne introduite au voisinage de l'encéphale y parvienne d'une manière plus immédiate (par les gaînes lymphatiques?) que par la circulation générale.

Le simple badigeonnage des gencives a été suivi parfois d'accidents : chez une jeune femme de vingt-cinq ans on fit, avant l'extraction d'une dent, le badigeonnage des gencives avec une solution de cocaïne à 20 0/0. Immédiatement après l'extraction il y eut perte de connaissance et convulsions cloniques persistantes ; la vue était supprîmée, ainsi que le goût ; les pupilles réagissaient, le pouls plein et régulier à 60 ; un peu de céphalalgie et d'oppression. Sous l'influence des analeptiques, les convulsions cessèrent et le goût revint. La vue est revenue moins vite et il est à noter qu'elle se perdait de nouveau au moment des convulsions. Le lendemain il n'y avait plus qu'un peu de faiblesse et de céphalalgie.

Chez une femme de vingt-cinq ans on fait un attouchement sur les gencives avec une solution de cocaïne à 20 0/0. Peu après l'extraction de la dent, il y a perte de connaissance et convulsions cloniques. La vue et le goût sont supprimés ; pupilles normales ; pouls 60, plein Les analeptiques et le chloral amènent la cessation des accidents et le sommeil.

On a vu maintes fois l'introduction entre les paupières d'une solution de cocaïne produire des accidents du même genre.

III

Il est positif que certains sujets (les anémiques et les nerveux) sont beaucoup plus exposés, toutes choses égales, à l'intoxication cocaïnique.

Les susceptibilités individuelles me paraissent moins marquées avec la cocaïne qu'avec l'antipyrine. Tandis que celle-ci, même administrée sans ménagement, ne provoque pas d'*accidents* une fois sur vingt, beaucoup moins de personnes échappent à ceux de la cocaïne dès qu'une certaine dose est dépassée. Avec l'antipyrine, l'idiosyncrasie joue donc un plus grand rôle.

Si ce n'est sous le rapport de la dose, c'est au moins, quant à la prédominance des accidents du côté de tel ou de tel appareil, qu'avec la cocaïne l'idiosyncrasie a de l'importance. Il suffit de parcourir les observations que j'ai résumées dans cet article pour s'en convaincre : on a vu prédominer, dès le début, tantôt la pâleur et la sensation de froid, tantôt les troubles cardiaques, quelquefois les convulsions, etc. Assurément, d'une manière schématique, on peut dire qu'avec une intoxication faible on n'a guère que les troubles dépendant d'une légère crampe vaso-motrice ; qu'avec une intoxication plus intense apparissent de sérieux troubles cardiaques et cérébraux (perte de connaissance et convulsions, que les expérimentateurs nous ont appris être *surtout* d'origine corticale), et qu'enfin, pour que surviennent de graves troubles respiratoires qui sont la cause de la mort, quand elle a lieu, il faut une intoxication intense ; mais que d'excep-

tions, et combien rarement le tableau se déroule-t-il avec la régularité qu'on observe chez l'animal et que nous ont fait connaître les travaux des physiologistes, de MM. Anrep, Laborde, Arloing, Mosso, Feinberg, Blumenthal, etc. C'est que chez l'homme les divers appareils nerveux ont une *susceptibilité* extrêmement variable suivant les individus ; j'ai assez insisté sur ce point dans un article antérieur sur l'intoxication par l'antipyrine, pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

IV

Le traitement de l'intoxication aiguë par la cocaïne est essentiellement symptomatique, à moins, bien entendu, que la cocaïne ait été ingérée par l'estomac et qu'on arrive à temps pour faire rejeter par le vomissement une partie du toxique. La crampe vaso-motrice, étant une condition pathogénique importante des accidents, sera combattue avec succès par les inhalations de nitrite d'amyle. Dans les cas de convulsions intenses, le chloroforme et le chloral ont été utiles. L'opium a aussi rendu quelques services.

Est-il possible de se mettre à l'abri des accidents ?

A cette question on peut, je crois, répondre en général par l'affirmative. Tout d'abord on n'injectera pas, à la face au moins, plus de 2 centigrammes en une fois et on ne maintiendra pas au contact d'une muqueuse plus de 4 ou 5 centigrammes.

En second lieu, on tiendra compte de la susceptibilité, mentionnée plus haut, des anémiques et des nerveux vis-à-vis de la cocaïne. Chez les premiers, particulièrement, on ne fera, suivant la recommandation de M. Dujardin-Beaumetz, une injection de cocaïne qu'après avoir mis le sujet dans le décubitus horizontal, afin de prévenir l'anémie cérébrale. Dans le même ordre d'idées, je conseillerais volontiers l'inhalation de trois gouttes de nitrite d'amyle *immédiatement* avant l'injection. Une aussi faible dose de nitrite d'amyle serait sans inconvénient et aurait une action préventive certaine. Enfin, surtout avec les nerveux, on ne manquera pas de rassurer le patient, l'inquiétude ayant manifestement joué un rôle dans le développement des accidents cérébraux cocaïniques, ainsi que l'ont dit avec raison MM. Unkowsky, Hugenschmidt, etc.

(*Semaine médicale.*)

II. — EMPOISONNEMENT PAR LA COCAINE

Le premier cas d'empoisonnement mortel par la cocaïne, en Angleterre, a été observé récemment à l'University College Hospital. Une solution d'un gramme de cocaïne dans 30 grammes d'eau qui était destinée à être injetée dans la vessie, avait été ingérée par erreur par les voies digestives.

(*Répertoire de Pharmacie.*)

III. — EMPOISONNEMENT MORTEL PAR UNE INJECTION DE COCAINE DANS L'URÈTRE

M. le docteur Simes, de Philadelphie, se préparant à pratiquer l'uréthrotomie interne sur un malade atteint de rétrécissement uré-

tral, avait pratiqué une injection dans le canal avec 3 gr. 60 d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au vingtième, dans le but d'anesthésier la muqueuse. Dès que l'injection fut faite, le malade fut pris de recousses convulsives dans le visage, avec fixation du regard, dilatation des pupilles et écume à la bouche; la respiration devint de plus en plus embarrassée, il se produisi des convulsions épilepti formes qui allèrent en augmentation; le pouls devient irrégulier et le malade succomba au bout de vingt minutes.

(*Medical News. Répertoire de Pharmacie.*)

IV. — DU LISÉRÉ GINGIVAL DANS LA TUBERCULOSE, par M. G. STCIHER

Frédéric avait autrefois insisté sur la coloration rouge du liséré gingival dans les formes aiguës de la phtisie, liséré devenant bleuâtre dans la forme chronique, et Thomson avait fait de son absence et de sa disparition un signe pronostic favorable.

Sticker a contrôlé ces assertions en examinant la bouche à cent malades et a constaté chez tous le phtisiques la présence constante de ce liséré. Il ne ferait jamais défaut chez l'homme, mais pourrait manquer chez la femme. Ce serait, d'après l'auteur, un symptôme de présomption de la tuberculose et un moyen de la reconnaitre de bonne heure.

(*Munch. Med. Wochns*, 307, 1888)

V. — L'ÉDUCATION DENTAIRE EN ALLEMAGNE

Le « Progrès dentaire » a reproduit une étude du professeur Miller, de Berlin, sur l'organisation des écoles dentaires allemandes qui, comme on le sait, dépendent du gouvernement. Nous signalons cette intéressante étude à tous ceux que la question préoccupe. Nous en détachons les faits les plus essentiels,

Ecole dentaire de Berlin. — Le nombre des étudiants est de 58. C'est le maximum compatible avec l'espace dont nous pouvons disposer, et nous avons dû en refuser un certain nombre pour cette unique raison. L'augmentation dans les autres cours a suivi une proportion semblable. Le travail fait à l'Institut se divise en trois départements :

1° Les extractions et les opérations de petite chirurgie, sous la direction du professeur Busch.

2e Le traitement conservateur des dents, sous la direction des professeurs Miller et Poetche.

3e La dentisterie mécanique, sous la direction du professeur Sauer.

Pour être admis à l'Institut, les étudiants doivent présenter un certificat « Saife für Prima » dans un collège allemand ou une « Real Schule » 1re classe. Ils sont alors autorisés à suivre pendant quatre semestres les cours de la Faculté philosophique de l'Université. Ceux qui désirent y rester davantage doivent s'adresser au curateur pour obtenir une prolongation de deux semestres.

La chirurgie, dirigée par le professeur Busch, a lieu tous les jours de 11 heures à 1 heure, mais en réalité plus longtemps. On s'y occupe surtout d'extractions, car le professeur Busch n'encourage pas les étudiants dans l'idée que le dentiste puisse arriver à faire des ré-

sections du maxillaire, à extirper des cancers et autres choses de ce genre. Et il a raison. Ces opérations sont du ressort de la chirurgie et exigent une instruction professionnelle complète. Aussi en dehors des extractions, se borne-t-on aux ouvertures d'abcès, au traitement des affections du sinus maxillaire, du kyste et autres opérations analogues. Le professeur Busch préside lui-même à chaque opération et reste tout le temps de la clinique.

Cette clinique présente un contraste marqué avec celle de la plupart des collèges américains. Il y vient journellement quarante à cinquante personnes des classes inférieures de la société, et l'on extrait environ soixante-quinze dents par jour; trois ou quatre ont lieu avec le secours de l'anesthésie (protoxyde d'azote presque exclusivement). On a essayé dix à douze extractions avec la cocaïne, mais les résultats ont été si défavorables qu'on a dû renoncer à l'emploi de cet anesthésique.

Les salles d'opérations sont ouvertes tous les jours, de 1 heure à 6 heures, en été, et de midi jusqu'à la tombée de la nuit, en hiver. Elles ont de la peine à contenir 28 fauteuils, chacun servant à deux étudiants qui s'arrangent entre eux pour la distribution des heures de travail. D'ordinaire il y a assez de besogne pour que certains jours les fauteuils soient tous occupés, et alors les salles offrent l'aspect de la plus grande activité.

(*Progrès dentaire.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Mode d'emploi de la créoline. — II. Stomatite. — III. Le butylchloral dans les névralgies du trijumeau. — III. Glycérine et teinture d'iode. — IV. Procédé pour provoquer l'expulsion des corps étrangers avalés. — V. Du traitement de l'eczéma de dentition. — VI. Note sur un nouveau procédé d'application du chlorure de méthyle.

I. — MODE D'EMPLOI DE LA CRÉOLINE

Le docteur Max Kortum a publié quelques remarques relatives à l'emploi de la créoline. Les solutions ont d'abord une apparence laiteuse. Mais si on les laisse reposer pendant un certain temps, elles deviennent brunâtres et le précipité est dû à des pricipes résineux et à des sels de naphtaline. En chirurgie on se sert de deux solutions : l'une a deux, l'autre à un demi pour 100. La première sert à la désinfection des mains, des instruments à la région à opérer. Elle ne produit aucun effet fâcheux sur la peau ou sur les instruments. La solution faible est employé pour le lavage des plaies et pour les pansements humides. La créoline possède une action hémostatique et les solutions fortes n'agissent même pas comme caustique; les solu-

tions très fortes produisent une légère cuisson. Dans un cas où une caverne pulmonaire communiquait avec la plèvre ouverte pour l'empyème, une hémorragie se produisit quelques jours après l'opération. L'introduction d'un tampon imbibé de créoline au cinquième arrêta l'hémorragie sans autre inconvénient pour le malade que le goût de la solution dans les matières expectorées. Les solutions de créoline sont employées avec succès dans les brûlures et les ulcères.

La créoline peut être associée à l'huile ou être employée en poudre avec l'acide borique pour base.

II. — STOMATITE

Salicylate de soude.	20 gr.
Eau.	100 gr.

Faites dissoudre. — Cette solution s'emploie pour badigeonner la muqueuse buccale et pharingée 5 ou 6 fois par jour dans le cas de stomatite aphteuse confluente bénigne.

Administrer à intervalle légers laxatifs.

(*L'Union Médicale.*)

III. — LE BUTYLCHLORAL DANS LES NÉVRALGIES DU TRIJUMEAU M. LIEBREICH.

Le butylchloral paraît posséder, en dehors de ses propriétés soporifiques, une action véritablement spécifique sur le nerf trijumeau, qui s'anesthésierait sur tout son parcours à la suite de l'administration interne de 1, 2, 3 grammes de ce médicament.

M. le docteur Liebreich, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Berlin, qui a reconnu cette action spécifique du butylchloral, le prescrit de la façon suivante dans les névralgies du trijumeau :

Butylchloral.	3 à 5 gr.
Alcool rectifié..	10 »
Glycérine..	20 »
Eau distillée.	120 »

Mêlez. — A prendre : 2 à 4 cuillerées à bouche en une fois.

IV, — GLYCÉRINE ET TEINTURE D'IODE

Le docteur Hamburg conseille l'addition de glycérine à la teinture d'iode pour application sous forme de badigeonnages. La glycérine, en entravant l'évaporation, ferait que la peau absorbe de plus grandes quantités d'iode, et aurait ainsi une action plus durable et plus énergique.

La formule est :

Teinture d'iode.....................	6 parties
Glycérine.........................	7 »

Ce composé aurait une action révulsive moins accusée.

V. — PROCÉDÉ POUR PROVOQUER L'EXPULSION DES CORPS ÉTRANGERS AVALÉS

M. SALZER. — Le procédé dont je veux parler est actuellement en usage à la clinique du professeur Billroth. Il est connu sous le nom de cure de pommes de terre et il a été indiqué par Cameron, de Glasgow, en 1887. Les malades sont invités à manger une grande quantité de pommes de terre qui produisent la distension uniforme du tube intestinal et provoquent l'expulsion du corps étranger par les voies naturelles.

Voici plusieurs corps étrangers expulsés de cette façon : un poids de deux décigrammes avalé par un enfant, un râtelier long de 5 et large de 3 centimètres avalé par une cuisinière, une aiguille avalée par une jeune fille. L'expulsion par ce procédé survient après quelques jours. Je suis persuadé que beaucoup de gastrostomies pour corps étrangers auraient pu être évitées si l'on avait recouru à la « cure de pommes de terre ».

M. HOCHENEGG. — Voici précisément un clou avalé et expulsé neuf jours après par ce procédé. Le malade avait subi en 1884, à la clinique de M. Albert, une gastrostomie pour l'extraction d'un clou des mêmes dimensions. Fait remarquable, le corps étranger était très difficile à trouver, même quand l'estomac fut ouvert.

M. BILLROTH. — En effet la recherche des corps étrangers dans l'estomac est beaucoup plus difficile qu'on ne le croit. Ainsi, dans un cas où j'avais fait la gastrostomie pour extraire un râtelier avalé et qu'on pouvait très bien sentir à travers les parois abdominales, j'ai dû chercher longtemps avant d'apercevoir le corps étranger qui se trouvait tout en haut, près de l'embouchure de l'œsophage. Je recommande très chaleureusement la « cure de pommes de terre » pour tous ces corps étrangers.

(*Le Bulletin médical.*)

VI. — DU TRAITEMENT DE L'ECZÉMA DE DENTITION (Besnier).

1° Pour calmer le prurit gingival, on touche fréquemment les gencives avec la pulpe du doigt trempée dans la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne...............	0 gr. 10 cent.
Bromure de potassium................	1 gr.
Eau distillée........................ }	ââ 20 gr.
Glycérine pure...................... }	

2° Quand l'insomnie est prolongée, on donne d'heure en heure, à l'enfant, une cuillerée à soupe de la potion ci-dessous :

Bromure de sodium..................	0 gr. 50 cent.
Sirop de fleurs d'oranger......	60 gr.

3° On panse les plaques eczémateuses avec la pommade ci-après :

Oxyde de zinc..........................	5 grammes
Vaseline..............................	15 —

(*Le Bulletin médical.*)

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

1. Procédé de dérochage du caoutchouc. — II. Un nouveau procédé pour rendre le fer et ses dérivés inaltérables — III. Acide sulpho-phénique. — IV Réduction du temps nécessaire pour la vulcanisation. — V. Moyen d'obtenir des empreintes lisses. — VI. Amalgame de cuivre pour réparer les plaques de caoutchouc.

I. — Procédé de dérochage du caoutchouc, par M. Em. Boivin

Voici un procédé qui évite de gratter le dessous des pièces en caoutchouc et par conséquent respecte leur ajustement. Depuis quatre ou cinq années je l'emploie avec avantage; il peut être utile à d'autres, c'est pourquoi je le communique aux lecteurs de l'*Odontologie*.

La pièce sortie du moufle et bien débarrassée de tout le plâtre, la mettre dans le mélange suivant :

Acide nitrique du commerce
» sulfurique
parties *égales en volume*

la retirer au bout d'une demi-minute environ, bien la brosser, la remettre une seconde fois pendant le même temps, bien la laver, et si le dérochage n'est pas complet la remettre une troisième fois, (je fais le dérochage en trois fois pour mieux contrôler les effets de l'acide), lorsque la pièce a été bien brossée à grande eau la laver fortement à l'ammoniaque qui rendra au caoutchouc sa couleur et savonner ensuite.

Faire *attention* de ne pas mélanger les acides avec l'ammoniaque, cela serait dangereux pour l'opérateur.

II. — Nouveau procédé pour rendre le fer et ses dérivés inaltérables

On doit à M. B. de Méritens le procédé suivant :

On plonge les articles que l'on veut préserver de l'altération dans un bain d'eau ordinaire ou mieux d'eau distillée renfermée dans un vase en fer et portée à la température de 75° c. environ. On fait passer un courant en ayant soin de mettre les pièces à l'anode, tandis que la paroi même du récipient sert de cathode. Le courant doit seulement avoir la force nécessaire pour décomposer l'eau après avoir vaincu la résistance du circuit et du bain. L'opération doit être conduite exactement comme la galvanoplastie, sans que le courant soit assez énergique pour produire un oxyde pulvérulent qui n'aurait pas d'adhérence.

Ce procédé convient très bien aux pièces en acier. Pour les objets en fer doux et en fonte, l'eau distillée est indispensable, et il faut placer les pièces au pôle négatif après qu'elles ont subi l'action du courant au pôle positif. Portées de nouveau à l'anode, elles prennent le noir de la magnétite qui les préserve absolument de la rouille, avec une très grande facilité et une solidité fort satisfaisante.

III. — E. LAPLACE. — ACIDE SULFO-PHÉNIQUE

L'auteur a essayé ce produit à l'institut hygiénique de Berlin, et il le regarde comme un excellent désinfectant. Pour le préparer, on chauffe peu de temps un mélange de parties égales d'acide phénique brut, à 25 pour 100, et d'acide sulfurique ordinaire, et on laisse refroidir. Le liquide obtenu se dissout facilement dans l'eau, tandis que l'acide phénique ordinaire n'est soluble qu'en partie dans ce véhicule. Les essais ont montré que le microbe de la pustule maligne est tué après un séjour de 48 heures dans une solution à 4 pour 100, et après 72 heures dans une solution à 2 pour 100. Le même fait n'a pas lieu avec une solution d'acide phénique pur à 2 pour 100, ni avec la creoline. Le sublimé seul, en solution à 0,10 pour 100, possède une action plus énergique ; mais il présente l'inconvénient d'être dangereux et plus coûteux.

(*Pharm. Zeitung*, 1888 *et Scwheiz. Wochen schrift für pharmacie*, *XXVI*, 1888, 94.)

IV. — MOYEN D'OBTENIR DES EMPREINTES LISSES

Après avoir pris l'empreinte en plâtre, passer une couche de vernis pas trop mince, et pendant qu'elle sèche, passer autour un anneau de cire d'un pouce d'épaisseur. Quand le vernis est complètement sec, au lieu d'huiler, saupoudrer de pierre de savon ou de chaux française, puis, avec une brosse douce brosser chaque partie complètement et enlever finalement l'excès. Mélanger le plâtre clair et verser en frappant doucement le vase jusqu'à ce que le plâtre commence à prendre. (*Ohio Journal.*)

Le Dr Swains, qui recommande cette méthode, dit : « Cette méthode vous donnera un moulage avec une surface unie, glacée; si vous le détériorez en essayant votre plaque de métal, vous le réparez rapidement en le traitant de la même façon qu'avant de fermer le flacon. Un moulage ainsi préparé se sépare convenablement de la plaque de métal et laisse une surface presque polie après la vulcanisation.

(*Dental Review.*)

V. — AMALGAME DE CUIVRE POUR RÉPARER LES PLAQUES DE CAOUTCHOUC

Le Dr J. Whipple dit : « Quand les dents deviennent lâches sur les plaques de caoutchouc ou sont entièrement tombées, sans endommager les dents ou les crochets, on peut appliquer avec succès la méthode suivante : »

Avec un fouloir en cône renversé de la grandeur voulue pratiquer une ouverture dans le caoutchouc à la tête de chaque crochet (l'auteur fait allusion aux dents à double crochet) pas au-dessus mais derrière la dent, où se trouvait le crochet, original; remplir cette cavité d'amalgame de cuivre et presser fortement la dent en place. Le résultat est simplement une tête de crochet élargie qui ne se défera pas et la plaque ne laissera aucune trace de réparation. »

CORRESPONDANCE

Nous recevons les lettres suivantes que nous sommes heureux de publier :

Paris, ce 14 juillet 1889.

« Monsieur le directeur de l'*Odontologie*,

« Dans un article intitulé : « Préparation à la cocaïne, par Herbst de Brême » je lis cette phrase : « Je n'emploie plus les injections de cocaïne en raison de leur danger ».

. . . .

« Vous êtes à même, par l'Ecole dentaire de Paris, de savoir s'il y a un danger réel à se servir des injections de cocaïne et si l'on peut d'une façon à peu près certaine distinguer les cas favorables de ceux qui ne le sont pas. Les expériences de médicaments qui ne peuvent se faire convenablement que dans les hôpitaux doivent servir à tous les membres de la corporation qu'elles intéressent. J'ai bien lu dans un autre journal professionnel que la cocaïne offrait certains dangers, mais celui qui émettait cette opinion vendant lui-même un produit anesthésiant, je n'y attachai pas grande importance.

« Prière de renseigner vos lecteurs et salutations empressées.

« Eug. Boivin ».

Les questions se rattachant à l'administration de la cocaïne ont été amplement traitées dans ce journal, ainsi que notre collection en témoigne. Nos lecteurs feront bien de s'y reporter. En dernier lieu nous avons résumé notre opinion à cet égard dans la deuxième édition de l'Aide-Mémoire du chirurgien dentiste. La toxicité y est traitée (p. 394). Nous en reproduisons le passage essentiel :

« Toxicité. — La cocaïne et ses sels sont toxiques à dose assez faible, 5 centigrammes sont un maximum qui ne sera jamais donné d'emblée même au sujet le plus robuste.

« L'action est très différente selon les individus, selon les prédispositions actuelles. La pureté du produit, le siège de l'injection, l'état du point injecté, la nature du véhicule influent aussi sur le mode d'action.

« Les cardiaques et les pneumoniques sont susceptibles d'accidents après l'administration de la cocaïne, mais ceux qui y sont le plus sujets, ce sont les névrosiques et particulièrement les hystériques (Gillard).

« Un certain nombre de morts ont résulté de l'usage de la cocaïne ; il n'est pas à notre connaissance qu'aucune soit imputable à un dentiste.

« Malgré cela, nombre d'accidents graves, des syncopes, des troubles de l'innervation, de la motilité durant plusieurs heures et laissant des traces plusieurs jours après, se sont produits à la suite d'injections de doses faibles, 0 gr. 025, et quelquefois la forme des accidents a causé des inquiétudes graves au malade, à son entourage et au praticien lui-même.

« Cette éventualité commande les plus grandes précautions. Il vaut mieux pour le malade et le praticien faire l'extraction sans anesthésie ou l'assurer par d'autres moyens que causer un accès d'hystérie ou des troubles cardiaques inquiétants ».

Nous avons de plus démontré que la dissolution de la cocaïne

pure dans la *vaseline liquide médicinale* conseillée par M. Poinsot, était moins toxique que le chlorhydrate de cocaïne dissous dans l'eau, cela par suite de la difficulté d'absorption de la cocaïne.

Il résulte donc que si la cocaïne ne peut être administrée à tout le monde, elle peut aux doses ci-dessus et sous la dernière forme servir avec avantage pour obtenir l'anesthésie locale.

NOUVELLES

C'est avec un véritable plaisir que nous avons appris la nomination de M. Wiesner, vice-président de l'Association Générale des Dentistes de France, comme chevalier de la Légion d'honneur.

M. Wiesner n'appartient pas à notre génération, il aurait pu ne pas participer à nos efforts; malgré cela nous l'avons toujours trouvé parmi les plus dévoués à l'œuvre commune.

Tous ceux qui connaissent notre digne confrère applaudiront à la distinction qui vient de lui être conférée.

Un des plus anciens mécaniciens dentistes que compte la profession, M. A. Ch. Roget, a été décoré le 14 juillet de la Médaille d'honneur du travail.

M. Roget est rentré chez le Dr Gobert en 1854, il a continué depuis sa collaboration à ses successeurs, M. Sursois, puis M. Bignault, et est resté pendant 35 ans dans la même maison. Tous nos lecteurs seront heureux d'apprendre que le gouvernement a voulu honorer cette longue carrière de travailleur.

Un dentiste de Boston a été condamné à une indemnité de trente livres (750 francs) pour avoir extrait une dent à tort. Combien de nos confrères en donneraient à ce prix-là !

La Société des dentistes américains d'Europe se réunira à Paris le 6 août 1889, 8, boulevard des Capucines.

L'assemblée générale annuelle de la *British Dental Association* se tiendra cette année à Brighton les 22, 23 et 24 août, sous la présidence de M. Lee Rymer. MM. Godon, Ronnet et Dubois y représenteront l'Association Générale des Dentistes de France.

Il vient de se fonder à Chicago un établissement ayant pour but de donner aux gradués des Ecoles Dentaires un enseignement complémentaire sur la prothèse, sous le titre de *The Chicago Post-Graduate School of Prothetic Dentistry and Laboratory*.

Vol. 9. Paris, Août 1889 N° 8

L'ODONTOLOGIE

LES DENTS DES FRANÇAIS

Etude de géographie et de statistique médicales (1)

Par M. P. Dubois

II

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DES EXEMPTIONS POUR DÉFECTUOSITES DE L'APPAREIL DENTAIRE SELON LES PÉRIODES

Années	1831-49 : 737.
—	1850-54 : 689.
—	1855-59 : 725.
—	1860-64 : 968.
—	1865-69 : 921.
—	1872-76 : 683.
—	1877-81 : 397.
—	1882-86 : 603.

Moyenne générale des trente-cinq dernières années 712.

(1) Le travail était trop important pour pouvoir être communiqué en entier au Congrès Dentaire International, car il comporte des chiffres si nombreux que la lecture n'en eût pas été possible devant une assemblée dont les instants sont comptés. Ceux qu'intéressent cette question trouveront beaucoup plus profitable d'en étudier les éléments sous forme de publication, plutôt que de se former une opinion d'après une lecture rapide.

Cela ne nous empêchera pas de présenter au Congrès un résumé de nos conclusions.

Si on compare les deux périodes, on constate un abaissement : 712 au lieu de 737. Il est dû exclusivement à la période 1872-86 (car la période 1850-69 est en accroissement : 825). Cet abaissement est une conséquence des modifications de l'armement et des instructions spéciales reçues par les médecins militaires chargés d'examiner les recrues et non à une amélioration de l'état des dents.

L'année 1872 inaugure donc une nouvelle période qui ne peut être comparée aux années qui l'ont précédée.

De 1831 à 1869 les exemptions pour perte de dents ont augmenté de nombre. De 1872 à 1886 elles ont diminué ; il sera intéressant de noter par des relevés ultérieurs si ce mouvement continue, les conditions de recrutement devant probablement rester semblables.

Les faits généraux qui se dégagent de cette statistique ne portent guère sur la comparaison entre les années ou les périodes, pour les raisons que nous venons de donner, mais sur le nombre des exemptés selon les départements et régions, les conditions générales étant toujours les mêmes pour les différentes parties du territoire quels que soient la loi, les modes de recrutement et les instructions données aux médecins militaires sur l'aptitude physique.

Afin de fournir des éléments de comparaison, nous reproduisons dans le tableau suivant non seulement le nombre des exemptés de chaque département par 100,000 examinés pour la période 1850-85, mais encore l'ordre donné par Chervin et aussi celui de Boudin. On constatera que la statistique de Chervin s'écarte peu de la nôtre, quant aux résultats généraux; celle de Boudin, au contraire, s'en écarte notablement (1).

---

(1) Nous donnons à la Dordogne le n° 40; Boudin, reproduit par Magitot, lui assigne le dernier rang, le n° 86. Les faits connexes, la statistique de Chervin ainsi que la nôtre, montrent qu'il y a une erreur évidente dans les tableaux de Boudin.

III

EXEMPTÉS POUR PERTE DES DENTS

(par 100.000 examinés)

Boudin 1831-49.	Chervin 1851-69.	Dubois 1850-85.	Noms des départements	Exemptés —
1	1	1	Puy-de-Dôme	40
5	11	2	Cantal.	44
2	2	3	Haute-Loire.	50
7	2	4	Loire	68
5	5	5	Savoie.	72
8	7	6	Morbihan.	73
36	4	7	Deux-Sèvres	91
24	17	8	Lozère	104
16	9	9	Allier	109
29	14	10	Aveyron	110
3	6	11	Finistère	111
12	16	12	Aude	138
10	13	13	Côtes-du-Nord. . . .	144
25	8	14	Ardèche	156
30	19	15	Vaucluse.	159
34	23	16	Tarn-et-Garonne . . .	163
15	18	17	Ille-et-Vilaine	182
4	15	18	Rhône	187
26	10	19	Saône-et-Loire.. . . .	191
22	12	20	Hérault.	193
11	25	21	Drôme..	197
37	20	22	Lot	197
14	28	23	Gard	205
18	26	24	Pyrénées-Orientales.	205
28	31	25	Alpes (Hautes-). . . .	212
31	27	26	Corse.	212
6	24	27	Corrèze.	219
33	32	28	Cher	223
50	33	29	Seine.	226
13	30	30	Tarn	230
54	29	31	Ariège	234
27	34	32	Isère	234
19	22	33	Ain	257
	21	34	Savoie (Haute-) . . .	261
45	36	35	Rhin (Bas-).	298
[illegible]6	35	36	Garonne (Haute-) . .	300
42	57	37	Vienne (Haute-). . .	304

Boudin 1831-49.	Chervin 1851-69.	Dubois 1850-85.	Noms des départements	Exemptés —
58	41	38	Vienne.	325
32	40	39	Nièvre	337
86	52	40	Dordogne.	353
17	39	41	Rhin (Haut-).	378
40	51	42	Creuse	382
22	38	43	Meurthe-et-Moselle. .	386
56	59	44	Indre.	395
43	50	45	Charente.	401
49	55	46	Nord	417
51	58	47	Var.	445
39	47	48	Jura	450
21	56	49	Gers.	465
63	61	50	Vendée	469
20	43	51	Moselle.	474
38	45	52	Vosges	487
59	64	53	Côte-d'Or.	489
35	42	54	Saône (Haute-). . . .	492
60	54	55	Bouches-du-Rhône. .	507
57	44	56	Loiret. . . . , ...	507
65	48	57	Aube	531
74	62	58	Eure-et-Loir	559
65	67	59	Alpes (Basses-). . . .	567
52	49	60	Marne.	572
53	63	61	Charente-Inférieure .	578
44	60	62	Doubs	621
72	71	63	Lot-et-Garonne. . . .	653
76	37	64	Seine-et-Marne . . .	710
41	46	65	Manche.	715
61	65	66	Meuse	738
47	66	67	Sarthe	780
81	75	68	Maine-et-Loire. . . .	813
67	70	69	Pas-de-Calais.	813
66	74	70	Marne (Haute-). . . .	824
9	53	71	Mayenne.	857
55	72	72	Loir-et-Cher	872
	80	73	Alpes-Maritimes . . .	918
80	68	74	Loire-Inférieure . . .	936
69	76	75	Pyrénées (Basses-). .	951
82	81	76	Seine-et-Oise	1024
62	69	77	Aisne.	1027
73	77	78	Pyrénées (Hautes-) .	1028
77	78	79	Calvados	1211
68	82	80	Indre-et-Loire	1239
64	73	81	Yonne	1539
75	79	82	Orne	1545
71	85	83	Ardennes	1730

79	83	84	Gironde.	1774
83	86	85	Oise.	2054
78	84	86	Landes.	2179
76	87	87	Somme.	2751
85	88	88	Eure	4435
84	89	89	Seine-Inférieure. . .	5159

IV

ÉTUDE DU NOMBRE DES EXEMPTÉS POUR DÉFECTUOSITÉS DENTAIRES SELON LES RÉGIONS

L'observation superficielle des dents dans les différentes races montre des dissemblances évidentes; l'étude de ces dissemblances et leur comparaison semblent prouver qu'elles sont liées à la distribution géographique des groupes ethniques constituant la nation française.

En se servant des documents rassemblés par Boudin, M. Magitot a eu l'honneur de montrer le premier que les remarques de Broca pour la taille s'appliquaient au système dentaire et que les raisons des différences étaient dans les origines ethniques.

Après avoir bien retourné la question, nous avons acquis la conviction du bien fondé de son hypothèse et nous la prendrons pour base de ce travail. Nous serions heureux qu on pût nous démontrer, en interprétant autrement les chiffres rassemblés par nous, que cette conclusion est erronée.

Pour ceux qui n'ont pas étudié l'anthropologie, quelques explications préalables sur l'ethnologie de la France sont nécessaires. Nous les donnerons sommairement, d'après les auteurs classiques : Broca (1), Lagneau (2).

(1) Broca *Recherches sur l'ethnologie de la Franee* (mem. de la Soc, d'Anthrop., T. I. p. 56; T. II, p. 147.)

(2) G. Lagneau. Carte ethnographique de France. Compte rendu du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, tenu au Havre, p. 728.

Aperçu sur l'ethnologie des populations françaises.

Trois groupes ethniques assez distincts par leurs caractères physiques ont contribué à former la nation française.

Ce sont :

1° Les Celtes ou Gaëls, un des plus anciens. Ils dominent dans le centre, entre la Seine et la Garonne, et s'étendent par une pointe dans la presqu'île de l'Armorique.

Ils sont petits, bruns et brachycéphales.

Ils dominent dans les départements suivants : Allier, Ardèche, Aveyron, Cantal, Cher, Charente, Corrèze, Creuse, Dordogne, Indre, Loire, Haute-Loire, Lot, Lozère, Tarn, Tarn-et-Garonne et Haute-Vienne, au Centre ; dans les Hautes-Alpes, la Savoie et la Haute Savoie, au Sud-Est ; dans les Côtes-du-Nord, le Finistère, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan au Nord-Ouest.

2° Les Kimrys ou Franks, Belges Burgundions, Saxons, Nordmanns ; leur apparition est postérieure à celle des Celtes ; races d'invasion, elles ont refoulé les Celtes vers les hauts plateaux du centre et les bords de l'Océan.

On les trouve principalement dans les départements du Nord, à l'Est et à l'Ouest; vers le Sud ils s'étendent jusqu'aux bords du Rhône ; au Sud-Ouest ils s'emblent aussi s'être fixés sur quelques points près de l'embouchure de la Gironde dans la Charente-Inférieure et quelques portions de l'Hérault.

Ils sont grands, blonds, dolichocéphales.

Ils sont dominants à l'Est dans les départements suivants. Ain, Isère, Jura, Doubs, Haute-Saône, Vosges, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Marne, Haute-Marne, Aube, Côte-d'Or, Yonne (les départements de nos anciennes provinces, le Haut-Rhin et le Bas-Rhin font partie de ce groupe ethnique).

Au Nord et Nord-Est ils comprennent la Seine-et-Marne, la Seine-et-Oise, l'Oise, l'Aisne, les Ardennes, la Somme, le Pas-de-Calais et le Nord.

Au Nord-Ouest ils sont les plus nombreux dans l'Eure-et-Loire, l'Orne, le Calvados, l'Eure et la Seine-Inférieure.

Les Celto-Kymrys ou métis des Celtes et des Kymris occupent les départements intermédiaires entre les groupes plus franchement celtiques ou kymriques. La Saône-et-Loire, la Seine, le Loiret, La Nièvre, le Loir-et-Cher, l'Indre-et-Loire, la Sarthe,

la Mayenne, le Maineet-Loire, la Loire-Inférieure, la Charente-Inférieure, la Vendée, la Vienne, le Drôme, l'Hérault appartiennent à cette catégorie, c'est-à-dire presque tout le bassin de la Loire et deux îlots, l'un au long du Rhône et l'autre au bord de la Méditerranée.

Le département des Deux-Sèvres est une exception.

3° Les Ibéro-Ligures placés au sud de la France.

Les départements de la Gironde, des Landes, des Basses-Pyrénées, des Hautes-Pyrénées, de l'Ariège, des Pyrénées-Orientales, du Gard, des Bouches-du-Rhône, du Var, des Alpes-Maritimes, peuvent être considérés comme faisant partie du groupe ibéro-ligure auquel appartiennent les Aquitains et les Basques.

La lecture du tableau que nous publions plus haut montre les disproportions considérables entre certains départements. On est surpris de constater que la Seine-Inférieure a cent vingt-huit fois plus d'exemptés pour mauvaise denture que le Puy-de-Dôme. Ces différences entre des jeunes hommes de vingt ans dont l'appareil dentaire n'a généralement pas atteint le stade de formation sont faites pour attirer l'attention non seulement du spécialiste mais encore de tous ceux qu'intéressent l'avenir de la race, l'intégrité physique de l'humanité.

Nous étudierons chacun des principaux groupes séparément :

1° GROUPES CELTIQUES

1	Puy-de-Dôme	40
2	Cantal	44
3	Haute-Loire	50
4	Loire	68
5	Savoie	72
6	Morbihan	73
8	Lozère	104
9	Allier	109
10	Aveyron	110
11	Finistère	111
13	Côtes-du-Nord	144
14	Ardèche	156
16	Tarn-et-Garonne	163
17	Ille-et-Vilaine	182
18	Rhône	187

22	Lot	197
25	Hautes-Alpes	212
27	Corrèze	219
28	Cher	223
30	Tarn	230
34	Haute-Savoie	261
37	Haute-Vienne	304
40	Dordogne	353
42	Creuse	382
44	Indre	395
45	Charente	401

Le groupe celtique est celui qui compte le moins d'exemptés pour mauvaise denture.

Les départements désignés ci-dessus ont une moyenne de 194 exemptés, ce qui est de beaucoup inférieur à la moyenne générale : 712.

Si dans ce groupe on distingue ceux qui forment le massif central et ceux que comprenait l'ancienne Bretagne, on a des chiffres à peu près semblables. Le Puy-de-Dôme, le Cantal, la Haute-Loire, la Loire, l'Allier, la Lozère, l'Aveyron, l'Ardèche, le Lot, la Corrèze et le Tarn donnent une moyenne de cent-vingt exemptés. Ceux qui donnent les minimums de cette série sont les départements celtiques purs, leur haute altitude les a défendus dans le passé contre l'envahissement par la conquête, elle les défend encore en empêchant la pénétration d'autres éléments ethniques que la grande industrie entraîne à sa suite.

Si l'on descend des hauts plateaux vers les collines et les plaines du Lot, du Tarn, de la Vienne, de la Dordogne, on atteint de suite des chiffres de deux, trois et quatre cents exemptés.

La basse Loire qui est l'habitat de races mixtes devient presque aussi mauvaise que la Normandie.

Les départements bretons suscitent les mêmes observations que les départements auvergnats. Le Morbihan, le Finistère, les Côtes-du-Nord et l'Ille-et-Vilaine ont une moyenne de cent vingt-sept exemptés, c'est peu élevé. On n'en remarquera pas moins que les Côtes-du-Nord et l'Ille-et-Vilaine, où l'élément kymrique a pénétré, sont plus chargés que leurs voisins, plus franchement celtiques, le Morbihan et le Finistère.

GROUPES CELTO-KYMRIQUES ET DIVERS

Les départements métis qu'on peut classer dans cette catégorie sont :

7	Deux-Sèvres........	91
19	Saône-et-Loire......	191
20	Hérault............	193
21	Drôme............	197
29	Seine..............	226
38	Vienne.............	325
39	Nièvre..............	337
50	Vendée.............	469
56	Loiret..............	507
61	Charente-Inférieure.	578
67	Sarthe.......	780
68	Maine-et-Loire......	813
71	Mayenne...........	857
72	Loir-et-Cher.........	872
74	Loire-Inférieure.....	936
80	Indre-et-Loire.......	1.239

Ces départements forment des groupes assez distincts devant être examinés soit isolément, soit avec les départements limitrophes ; la dominante de leur population est d'origine moins exclusive que ceux que nous venons d'examiner. Là encore on ne peut donner une explication plausible des différences constatées dans notre resumé qu'en invoquant l'influence de race.

Cela est surtout évident pour les Deux-Sèvres. Ce département, qui occupe le nº 7 dans notre série (1), ne compte que 91 exemptés, tandis que ses limitrophes en ont : la Vienne 325, la Charente 401, la Vendée 469, la Charente-Inférieure 578, le Maine-et-Loire 813. Quelles peuvent être les raisons de cette anomalie ?

Quoiqu'on constate quelque différence entre les Deux-Sèvres et les départements voisins, le milieu n'est pas assez dissemblable pour expliquer une différence aussi considérable. A l'examen

(1) Chervin lui donne le nº 4.

des autres caractères physiques de sa population on se convainc que ce département a une physionomie particulière.

Pour la taille, Broca lui donne le n° 31 (1), tandis que la plupart de ses voisins ont un rang sensiblement inférieur. Si la Charente-Inférieure 33 et le Maine-et-Loire 36 ne s'en éloignent que peu, la Vendée 47, la Vienne 53 et la Charente 82 sont toutes différentes. La taille y est plus haute, l'aptitude physique aussi. Dans le tableau de Chervin, les Deux-Sèvres ont pour l'ensemble des infirmités le n° 28, la Charente 35, la Vendée 37, le Maine-et-Loire 44, la Vienne 70, la Charente-Inférieure 76.

On voit donc que par plusieurs caractères physiques les Deux-Sèvres se distinguent des départements voisins.

L'histoire des races explique-t-elle cette particularité? On ne peut en douter, d'après Lagneau (2), qui nous apprend que les Alains et les Theiphales ont fondé des colonies dans le Bas-Poitou. Leur haute taille avait été constatée par Ammien Marcellin qui dit : « *Les Alains étaient généralement beaux et de grande taille. Ils avaient les cheveux modérément blonds, le regard terrible plutôt que féroce.* »

Le Dr Lagardelle, qui a fait une étude très intéressante sur la population du sud-ouest du département, dit, quatorze siècles après Ammien Marcellin : « Quoique nous n'ayons point la pré- « tention d'assigner d'une manière certaine une origine parfaite- « ment déterminée à ce peuple des marais, nous pouvons affirmer « qu'il présente généralement un beau type... Les grandes tailles « prédominent. Nous avons vu parmi eux des vieillards de « soixante-dix, quatre-vingt et jusqu'à quatre-vingt-six ans. » (*Note anthropologique sur les colliberts, huttiers et nioleurs des marais mouillés de la Sèvre, par le Dr Lagardelle in-Bullet, de la S. d'Anthr.*, *T.* VI, *2e série, p. 202.*)

Les marais du Bas-Poitou qui ont été fort longtemps incultes ont protégé la population aborigène de la pénétration des habitants des régions voisines. La nature du sol explique les caractères anthropologiques tranchés des habitants de ce coin de la France, par suite de la persistance du type primitif.

---

(1) Broca. Sur l'ethnologie de la France. Mémoires de la Soc. d'Antrop. T. 1. p. 1. — 56.

(2) Lagneau Anthropologie de la France in Diction. Encycl. des Sc. Méd. p. 792.

Le département de Saône-et-Loire renferme une assez grande proportion de Celtes,et cela explique son petit nombre d'exemptés pour mauvaises dents.

Il en est de même pour l'Hérault qui n'est kymrique que dans quelques parties très limitées ; aussi n'est-il pas beaucoup plus chargé avec 193 exemptés que ses voisins plus franchement celtiques : l'Aveyron 115, l'Aude 129. Il se trouve dans des conditions analogues au Tarn 242 et au Gard 215.

Les départements méditerranéens situés entre le Rhône et les Pyrénées se ressemblent donc entre eux. Comme on le verra plus loin ils se distinguent notablement des départements ligures placés à l'est du Rhône, des départements ibériens et basques qui bordent les Pyrénées.

La rive gauche du Rhône est assez dissemblable de la rive droite pour la taille de ses habitants, elle l'est moins pour l'état des dents. Le Vaucluse, la Drôme, l'Isère, l'Ain sont remarquables à cet égard. Ils ne sont pas plus chargés que les départements celtiques : Vaucluse 159, Drôme 197, Isère 234, Ain 257.

Avec la Nièvre et le Loiret commence la série des départements de la Loire moyenne et de la Basse-Loire dont le quantum d'édentés est assez élevé : Nièvre 337, Loiret 507, Loir-et-Cher 872, l'Indre-et-Loire donne le maximum de la région 1,239.

L'estuaire de la Loire est un peu moins chargé que la Touraine, et plus que l'Orléanais : Loire-Inférieure 936, Maine-et-Loire 813, Sarthe 780 ; la Mayenne appartient au même groupe. Tous ces départements ont une moyenne sensiblement plus élevée que les départements celtiques, sensiblement inférieure aux départements normands et picards. Ils sont mixtes pour la taille et l'appareil dentaire, sauf l'Indre-et-Loire, qui est particulièrement défavorisé pour la stature et la solidité des dents.

Lagneau signale l'établissement de colonies kymriques et même ligures dans cette région. Les faits relevés par nous auraient ainsi une explication. Les plaines de la rive droite du fleuve facilitèrent les rapports avec les hommes du Nord qui trouvèrent dans ces riches contrées un milieu propice à leur extension. Les collines élevées de la rive gauche, la pauvreté du sol, laissèrent l'élément celtique maître du terrain.

La Vendée et la Charente montrent quelques différences légères : Vendée 469, Charente-Inférieure 578.

Enfin on noterale bon rang occupé par la Seine, 226 exemptés, c'est peu de chose mis en parallèle du chiffre des départements voisins : Seine-et-Marne 710, Seine-et-Oise 1,024, Oise 2054. Nous ne saurions donner les raisons de cette heureuse exception.

GROUPE KYMRIQUE

32	Isère	234
34	Ain	257
35	Bas-Rhin	298
41	Haut-Rhin	378
43	Meurthe-et-Moselle	386
46	Nord	417
48	Jura	450
52	Vosges	487
53	Côte-d'Or	489
54	Haute-Saône	492
57	Aube	531
58	Eure-et-Loire	559
60	Marne	572
62	Doubs	621
64	Seine-et-Marne	710
65	Manche	715
66	Meuse	738
69	Pas-de-Calais	815
70	Haute-Marne	824
76	Seine-et-Oise	1.024
77	Aisne	1.027
79	Calvados	1.211
81	Yonne	1.539
82	Orne	1.545
83	Ardennes	1.730
85	Oise	2.054
87	Somme	2.751
88	Eure	4.435
89	Seine-Inférieure	5.159

Au point de vue ethnologique les populations d'origine kymrique peuvent être classées en deux sous-groupes ; les Burgun-

dions et les Franks à l'est, les Flamands et les Nordmanns dominant dans le nord et le nord-ouest.

Les premiers ont des dents médiocres, les derniers, des dents tout à fait mauvaises.

Le premier groupe comprend l'Isère, l'Ain, le Bas-Rhin, le Haut-Rhin, la Meurthe-et-Moselle, le Jura, les Vosges, la Côte-d'Or, la Haute-Saône, l'Aube, la Marne, le Doubs, la Seine-et-Marne, la Meuse, la Haute-Marne et l'Yonne.

Le second est composé du Nord, du Pas-de-Calais, d'Eure-et-Loir, de la Seine-et-Oise, de la Manche, du Calvados, de l'Orne, de l'Eure, de la Seine-Inférieure.

Les Bourguignons et les Lorrains ne fournissent qu'un nombre relativement peu élevé d'exemptés pour mauvaises dents, les départements notés ci-dessus ont comme moyenne 562, ce qui est au-dessous de la moyenne de toute la France (712).

Dans cet ensemble nous comprenons le département de l'Yonne qui n'a pas moins de 1,539 exemptés et augmente la moyenne du groupe.

Ce département est une exception dans sa région, il est analogue à certains départements normands, le Calvados, l'Orne, et assez dissemblable de ses limitrophes, l'Aube, la Côte-d'Or, le Loiret, la Nièvre. Il donne le maximum de la contrée.

Les problèmes que cette anomalie soulève sont encore plus complexes, quand on voit que, d'après le Dr Duché, il existe des différences notables entre les diverses régions du département.

Nous ne pouvons, pour l'Yonne, donner une explication ethnologique de cette particularité comme nous l'avons fait pour les Deux-Sèvres.

Souhaitons que ce travail attire l'attention de ceux qui peuvent réunir un ensemble de documents anthropologiques sur ce département.

La région du nord de la France montre des inégalités bien dignes d'attention; tandis que les départements extrêmes Nord 417 et Pas-de-Calais 815 n'ont qu'une faible proportion d'édentés; ceux placés plus au sud semblent, se rattacher au groupe normand. La Seine-et-Oise 1,024, l'Oise 2,054, l'Aisne 1,027, les Ardennes 1,730, la Somme 2,751, donnent une moyenne de 1,717. Avec la Picardie, on entre dans les hautes moyennes, que seuls les départements normands dépasseront.

Enfin, la Normandie montre une proportion d'exemptés au-dessus de toute comparaison, de toute analogie, surtout pour deux d'entre eux, l'Eure 4,435 et la Seine-Inférieure 5,159.

Les trois autres départements normands, la Manche 715, le Calvados 1,211, l'Orne 1,545, ne donnent qu'une moyenne de 1,157, comptés isolément; avec l'adjonction de l'Eure et de la Seine-Inférieure, la proportion monte à 2,613. Cette infirmité contribue beaucoup à donner une mauvaise place à la Normandie pour l'aptitude physique au service militaire; elle est une calamité pour ce beau pays et pour cette forte race dont nous examinerons plus loin les hautes qualités physiques, malgré certaines défectuosités particulières, les hernies, les mauvaises dents.

Pour la Seine-Inférieure, l'excellent travail du Dr A. Chervin (1) montre des différences entre les cantons; elles ne sont pas aussi accusées que celles constatées pour l'Yonne par M. Duché; elles n'en sont pas moins curieuses, la proportion entre les extrêmes étant de 1 à 10.

Après M. Chervin, nous signalerons la proportion de 81 0/0 d'exemptés que donne le canton de Bacqueville. Il est absolument lamentable que les quatre cinquièmes des jeunes hommes de vingt ans aient des dents telles que les médecins militaires les jugent impropres au service militaire. La divulgation de cet état de choses dans notre corps professionnel suscitera, espérons-le, une étude ou au moins une réunion de documents propres à faire un peu de lumière sur ce point et à permettre de lutter contre une calamité aussi grande. Le recrutement, la santé générale, l'avenir de la race en dépendent.

GROUPES IBÉRO-LIGURES

12	Aude..................	138
15	Vaucluse..............	159
23	Gard..................	205
24	Pyrénées-Orientales.....	205
26	Corse.................	212
31	Ariège................	234

(1) Géographie médicale de la Seine-Inférieure. Associat. française. Avanc. des Sc. Congrès de Rouen.

36	Haute-Garonne..........	300
47	Var..................	445
49	Gers..................	465
55	Bouches-du-Rhône......	507
59	Basses-Alpes...........	604
63	Lot-et-Garonne..........	653
73	Alpes-Maritimes.........	918
75	Basses-Pyrénées........	951
78	Hautes-Pyrénées........	1.828
84	Gironde................	1.774
86	Landes.................	2.179

Les populations du sud de la France n'ont pas des dents de résistance égale, tant s'en faut; la comparaison entre les extrêmes le montre d'une manière évidente. L'Aude a 138 exemptés et les Landes en ont 2,179, c'est-à-dire 15 fois plus.

Malgré cet écart, on distingue des sous-groupes présentant des analogies entre eux. L'Aude, comme nous l'avons déjà fait remarquer à propos de l'Hérault, ressemble, ainsi que les Pyrénées-Orientales et le Gard, au groupe celtique et les habitants de cette partie de la France méditerranéenne ont un système dentaire ayant des similitudes frappantes. Les plus chargés de ces départements n'ont que 205 exemptés, chiffre très faible en comparaison de la moyenne générale.

Le Vaucluse, l'Ariège, la Haute Garonne qu'on pourrait faire rentrer dans ce groupe par leur situation géographique, ne sont guère plus défavorisés que leurs voisins immédiats : Vaucluse, 159; Ariège, 234; Haute-Garonne, 300; le Gers, 465. Ces derniers départements limitent au sud-ouest les départements à faible moyenne et avec les Hautes et Basses-Pyrénées on entre en pays basque et aquitain dont les populations ont des dents presque aussi mauvaises que les Picards et les Normands : Hautes-Pyrénées, 1,028; Basses-Pyrénées, 951; Landes, 2,179; Gironde, 1,774; moyenne, 1,483.

Ce coefficient élevé frappera l'observateur, surtout si l'on tient compte des genres de boissons des habitants de l'Aquitaine. La Gironde est un de nos départements les plus vinicoles, le vin y est à la portée de tout le monde, et pourtant il a un nombre d'exemptés supérieur non seulement à la Manche, mais

encore au Calvados. L'influence de race, la prédisposition anatomique, le peu d'action de la boisson habituelle sur la résistance des dents ont, de par cet exemple, un argument décisif. comme cause de cette particularité, l'action nocive de la boisson habituelle.

Les Ligures, placés à l'extrême sud-est de la France, sont plus favorisés que les Ibères du Sud-Ouest; malgré cela, ils se distinguent notablement des populations du bassin du Rhône.

Mentionnons tout de suite, en passant, que la Corse, avec 212 exemptés, a une situation privilégiée, et abordons l'étude des Ligures continentaux.

Le Var avec 445 exemptés est le meilleur du groupe, puis viennent ensuite les Bouches-du-Rhône 507, les Basses-Alpes 604 et enfin les Alpes-Maritimes 918, qui atteignent un chiffre presque égal à celui du pays basque.

Pour résumer ce commentaire géographique et ethnologique de la distribution des édentés en France, nous voyons que les habitants du plateau central et de la presqu'île armoricaine ont des dents excellentes; les populations à bonnes dents s'étendent jusqu'à la frontière orientale de l'Espagne d'un côté, jusqu'au Rhône de l'autre; une portion de la rive gauche du Rhône est également bien partagée ainsi que deux départements isolés, la Savoie et les Deux-Sèvres. En dehors de cette région privilégiée, la majeure partie de la population française a de bonnes dents, et ce n'est que rarement que les jeunes hommes de vingt ans sont réformés pour mauvaise denture : 53 départements ont moins de 5 exemptés pour mille examinés; le chiffre de 10 exemptés par mille ou de 1 0/0 n'est dépassé que dans quelques régions bien restreintes : les pays basques et aquitains, une petite partie de l'Ile-de-France, la Picardie et enfin la la Normandie dont certaines parties donnent plus de 5 exemptés par mille examinés. Quelles sont les raisons de cette localisation ? Nous ne saurions dès maintenant les discerner toutes. Malgré cela, ce travail met quelques points en bonne lumière. Nous les exposons dans le chapitre suivant.

CORPS ÉTRANGERS INTRODUITS DANS LE PHARYNX, L'ŒSOPHAGE, LA TRACHÉE ARTÈRE

Par M. Roy, démonstrateur à l'Ecole dentaire

Le sujet que je vais traiter n'est pas des moins intéressants pour le dentiste, car, bien que les accidents dont il s'agit ne soient heureusement pas très fréquents et que l'intervention ne soit pas alors de son domaine, ce sont des faits qu'il est exposé à voir se produire devant lui ou pour lesquels il peut arriver qu'il soit consulté. Il est donc du plus haut intérêt pour lui, à cause de leur gravité dans certains cas, de bien les connaître, afin d'être en garde contre eux et de prévenir leurs conséquences autant qu'il est en son pouvoir, s'ils venaient à se produire.

Les corps étrangers introduits dans le pharynx, l'œsophage et la trachée sont de toute nature; ils sont inanimés ou animés. Parmi les premiers on a vu depuis les choses les plus simples, bols alimentaires volumineux, arêtes de poisson, jusqu'aux plus extraordinaires; c'est ainsi que Poulet, dans son ouvrage sur les « Corps étrangers dans l'économie », cite un malade ayant avalé un jeu de dominos. Le cas de cet homme qui avait avalé une fourchette et à qui M. Léon Labbé pratiqua avec succès la gastrotomie est encore présent à toutes les mémoires. Les objets qu'on y trouve et qui nous intéressent plus particulièrement sont les dents, les fragments d'instruments et les appareils prothétiques.

On observe moins fréquemment la présence de corps animés; on en rencontre cependant quelquefois. C'est ainsi qu'il y a quelques années j'ai eu connaissance d'un cas où un ouvrier, par bravade, avait avalé une guêpe vivante. Ce que l'on a observé le plus souvent dans cet ordre de corps étranges, ce sont des sangsues; celles-ci s'observent tantôt chez des voyageurs ayant bu de l'eau marécageuse contenant des sangsues *hæmopis vorax;* tantôt par la chute accidentelle de sangsues appliquées dans un but thérapeutique dans la cavité buccale.

Je n'insisterai pas sur le mode d'introduction de ces divers corps, il est facile à comprendre; des mouvements de déglutition, une forte inspiration, un accident au cours d'une opération buccale, tels sont les plus fréquents. Il faut encore citer les perversions du goût et autres causes analogues.

CORPS ÉTRANGERS DANS LE PHARYNX

Le pharynx présente au niveau de l'isthme du gosier une largeur de 2 à 4 centimètres, tandis qu'à sa partie inférieure, à l'endroit où commence l'œsophage, c'est-à-dire au niveau du corps de la sixième vertèbre cervicale, il n'a plus que 14 millimètres de diamètre. C'est naturellement dans cette partie rétrécie que viennent de préférence s'arrêter les corps volumineux qui provoquent aussitôt des symptômes d'irritation; le malade éprouve un sentiment de gêne, de chaleur, de picotement dans la gorge, de la difficulté pour la déglutition; si le corps étranger vient substituer en même temps l'ouverture supérieure du larynx, il tousse, a de la dyspnée, il peut même avoir un accès de suffocation mortel (1). On rencontre parfois aussi certains cas où les malades tolèrent relativement bien des corps volumineux de pharynx. C'est ainsi que la *Revue médicale* du 31 mai 1884 publie une observation dans laquelle on cite ce fait extraordinaire d'une personne qui put garder un appareil prothétique dans l'arrière-bouche pendant dix heures sans en être incommodée et qui ne présentait comme symptôme qu'un timbre insolite de la voix.

Dès qu'on se sera assuré de la présence d'un corps étranger dans le pharynx, on essayera de faire vomir le malade en lui chatouillant la gorge, au besoin en lui administrant un vomitif; si on peut voir l'obstacle ou le saisir, on l'enlèvera à l'aide de pinces, quelquefois les doigts peuvent suffire même pour cela.

Lorsqu'il y a des accès de suffocation, il faut agir avec une très grande rapidité, car la vie du malade peut dépendre de la promptitude de l'opérateur.

Quand ils n'obstruent pas en même temps l'orifice des voies aériennes, les corps étrangers du pharynx amènent rarement des complications, et à cause de la proximité de la cavité buccale, leur extraction présente en général peu de difficulté.

L'œsophage fait suite au pharynx; il commence donc au niveau du corps de la sixième vertèbre cervicale pour finir au

---

(1) Voir entre autres, à ce sujet, l'observation relatée par l'*Odontologie* de mai 1886, d'après le *British Journal of dental Science*.

cardia, à l'estomac. Il a une longueur de 25 centimètres et peut être considéré au point de vue pratique comme rectiligne. Lorsqu'il n'y passe pas d'aliments, ses parois sont accolées. Quand il est distendu, il a un diamètre de 22 millimètres; mais en trois endroits, à sa naissance, au niveau de la première côte, à la traversée du diaphragme, ce calibre se trouve notablement diminué; il n'est plus que de 14 millimètres. C'est en ces endroits que se trouveront généralement arrêtés les corps volumineux. Quant aux corps pourvus d'aspérités, ils s'arrêteront en des endroits variables.

Les symptômes varient suivant la nature des corps absorbés (1). Comme symptômes généraux, le malade éprouve de la gêne, de l'irritation dans la région atteinte; il peut avoir de la difficulté pour déglutir, avoir des vomissements qui, dans certains cas, pourront amener l'expulsion du corps étranger; si celui-ci est volumineux, le malade aura de la dyspnée, il peut même succomber à la suffocation, la voix sera modifiée. Ces derniers symptômes tiennent à la compression exercée d'une façon permanente. Sur la partie non cartilagineuse de la trachée directement en rapport avec la paroi antérieure de l'œsophage. M. Jeannel (*Encyclopédie intern. de chirurgie*, t. V. Cou) attribue à ces troubles respiratoires une origine un peu différente : pour lui la compression de la trachée est insuffisante pour les expliquer, ils seraient dus à un spasme de la glotte provoqué par la compression des nerfs récurrents qui longent à droite la paroi latérale, à gauche, la paroi antérieure de l'œsophage et se rendent au larynx (2). Il est probable que, suivant les cas, les deux causes peuvent intervenir.

Il faut être bien prévenu de ces troubles respiratoires qui pourraient faire croire à l'introduction du corps étranger dans la trachée plutôt que dans l'œsophage.

« Enfin un dernier signe d'une importance majeure dans certains cas, c'est l'expectoration : elle est de deux sortes, ou

---

(1) Il peut arriver que des corps étrangers à peine introduits soient presque aussitôt rejetés par la bouche ou tombent dans l'estomac; il s'agit généralement, dans ce cas, de corps peu volumineux dépourvus d'aspérités.

(2) Les réflexes peuvent se généraliser et la maladie peut avoir des convulsions générales (M. Jeannel. *Encyclopédie intern. de chirurgie*, t. V, Cou).

muqueuse striée de sang ou purement sanglante. L'expectoration muqueuse striée de sang accompagne la toux ; elle est, en somme, peu significative ; l'expulsion de sang pur offre, au contraire, un grand intérêt. Précoce, c'est-à-dire survenant avant les vingt-quatre heures depuis l'accident, elle indique presque sûrement qu'il s'agit d'une sangsue, plus tardive et, surtout, si elle apparaît après une période de calme absolu et si elle est abondante, elle indique l'ulcération de l'œsophage et de l'un des vaisseaux gros ou petits qui l'entourent. Dans ce dernier cas, elle annonce bien souvent une mort prochaine par hémorragie. » (Jeannel. *Loc. cit.*).

Une cause qui intervient parfois pour retenir un corps étranger dans le conduit œsophagien, c'est une contraction spasmodique des parois de celui-ci, mais cette contraction finit par cesser et l'obstacle tombe alors dans l'estomac. La contraction vient parfois aussi compliquer l'arrêt simple d'un obstacle. Une autre cause qui agit de la même façon, c'est l'épaississement des parois consécutif à l'irritation produite par le corps étranger ; on le combattra par des moyens appropriés.

A la suite du séjour prolongé de corps étrangers de l'œsophage, diverses complications peuvent survenir ; en premier lieu, il y a l'ulcération et la suppuration dues à l'irritation constante produite par ceux-ci ; il peut même arriver que cette suppuration finisse par dégager complètement un corps dont les aspérités se seraient fixées dans les parois de l'œsophage et alors il tombe dans l'estomac (1).

Mais il peut survenir des accidents plus graves ; en effet, en plusieurs endroits, l'œsophage se trouve en rapport avec des organes importants : ce sont principalement, dans la région du cou, la trachée, la crosse de l'aorte et les branches qu'elle fournit au niveau du deuxième rétrécissement normal ; dans la portion thoracique la branche gauche, qui laisse même son empreinte sur sa face antérieure. Si un travail suppuratif semblable à celui dont je viens de parler se produit dans l'œsophage au niveau de l'aorte ou de ses branches, il pourra y avoir ulcération consécutive de l'un de ces vaisseaux et hémorragie foudroyante. On peut voir, à ce sujet, une pièce déposée par

(1) Richeraud (*Nosographie et thérapeutique chirurg*, p. 257)

Denouvilliers au musée Dupuytren; un homme qui n'avait plus qu'une pièce de 5 francs en argent l'avala; elle resta dans la portion thoracique de l'œsophage, ce qui prouve que, quoique cette portion soit la plus large, des corps étrangers peuvent s'y arrêter, et elle y détermina une ulcération de l'aorte encore en rapport avec l'œsophage en cet endroit (1). Si un corps aigu se trouve implanté dans la paroi œsophagienne au niveau de la branche gauche ou de la trachée et qu'il y séjourne, le même processus pourra déterminer une perforation de celles-ci et consécutivement la mort par suffocation ou pneumonie septique. On connaît une dizaine de cas qui ont eu cette terminaison fatale (2).

Des corps qui présentent une pointe acérée traversent quelquefois les parois de l'œsophage et se portent au loin sans déterminer d'accidents par leur passage à travers les organes; enfin ils se montrent sous la peau et déterminent une suppuration qui provoque leur sortie; quelquefois ils restent dans les tissus des organes (3). C'est ainsi que Richeraud rapporte le cas d'une jeune fille chlorotique qui, atteinte de perversion du goût, avalait quantité d'épingles et d'aiguilles qui finirent par ressortir dans toutes les parties du corps, aux bras, aux jambes, jusque dans le vagin; ses cuisses ressemblaient a des pelotes d'aiguilles. Elle mourut à trente-sept ans et l'on trouva des aiguilles dans un grand nombre d'organes et en particulier dans le péricarde.

Lorsqu'un corps étranger a été introduit dans l'œsophage il faut tout d'abord s'assurer à l'aide d'une sonde de sa position et, s'il y a lieu, de sa nature. « Un corps de petite dimension, plat à arêtes vives tel qu'une portion d'os, par exemple, peut s'accrocher dans les parois œsophagiennes, s'y placer de champ, s'y dissimuler, produire de graves accidents tout en permettant la déglutition et sans que le cathétérisme lui-même en dénote la présence. On pourrait recourir dans ces cas à l'explorateur doué d'une sensibilité exquise, imaginé par M. Colin. » Tillaux (*Loc. cit.*, p. 434). Il faudra dans ces manœuvres d'exploration, ainsi

(1) Tillaux (*Anatomie topographique*, p. 437).

(2) On peut voir au musée Dupuytren un certain nombre de pièces où ces diverses complications se sont présentées: Grellois a cité un cas de carie vertébrale causée par un corps étranger dans l'œsophage.

(3) Richeraud (*Loc. cit.*, p. 258).

du reste que dans toutes celles à effectuer, user d'une très grande douceur et réclamer du patient la plus grande docilité possible.

Pour déterminer la position du corps étranger, certains auteurs parlent du palpe du cou, mais il est facile de comprendre que bien souvent cet examen donnera un résultat négatif.

Trois modes de traitement existent : 1° l'extraction du corps étranger; 2° la propulsion dans l'estomac; 3° l'œsophagotomie. On appliquera les deux premiers, suivant les indications fournies par la forme, la nature et le siège du corps étranger, quant au troisième, il est bien entendu qu'on ne s'y arrêtera qu'après avoir essayé tous les autres moyens (1).

Pour opérer l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, il existe un assez grand nombre d'instruments ; les uns ont pour but de les saisir par leur partie supérieure, les autres de passer plus bas qu'eux et de les pousser alors de bas en haut (2). Parmi les instruments destinés à saisir le corps étranger par sa partie supérieure se trouvent la pince de Hunter, celle de Mathieu; parmi les autres, le panier de Graefe, l'instrument de Weiss composé de faisceaux de soie disposés en parasol; il est introduit comme un parapluie refermé et, lorsque l'on est arrivé au-dessous du corps étranger, on le remonte, les soies alors se redressent et l'œsophage se trouve en quelque sorte balayé. On peut introduire une petite éponge bien sèche au delà de l'obstacle, on la laisse gonfler et on la tire alors au dehors; on peut essayer aussi de saisir le corps étranger avec des anses de soie ou de fil d'argent. Le Dr Créquy, dans la *Gazette des Hôpitaux*, indique un procédé qui lui a réussi plusieurs fois, alors qu'il s'agissait

---

(1) « Pour expulser les corps étrangers de l'œsophage on provoque quelquefois des vomissements, la toux, l'éternuement, mais M. Terrier (thèse 1870) condamne absolument cette pratique et M. Duplay ne la prescrit qu'avec une grande circonspection. On accuse surtout les vomissements de provoquer des contractions qui ont pour effet d'enclaver des corps étrangers à bords irréguliers ou pointus. On ne saurait nier cet inconvénient; d'un autre côté on lutterait contre l'évidence, si on ne tenait pas un grand compte des corps étrangers expulsés par l'effort des vomissements. Ils pourront donc être essayés contre les corps lisses arrondis ». Michel (*Dict. Encyclop. des Sc. Médic. Œsophage*, p. 504 et 509)

(2) Certains auteurs parlent d'extraire les corps étrangers de la partie supérieure de l'œsophage avec les doigts, mais on comprendra l'impossibilité de la chose, si l'on sait que cette partie est éloignée de 15 centimètres de l'arcade dentaire.

d'os ou d'arêtes de poisson : « Ce procédé consiste à brouiller un écheveau de fil entre les mains de manière à l'emmêler le plus possible, de le fixer par le milieu avec un fil résistant, long de 40 à 50 centimètres, de l'englober de confitures au goût du patient et de le lui faire avaler. Aussitôt qu'on le suppose avoir dépassé le corps étranger, on tire sur le fil qui l'entraîne et le fait sortir. » (1).

« Si l'on juge que le corps étranger ne peut provoquer aucun accident dans le tube digestif par sa nature ou par sa forme, et à plus forte raison, s'il est digestible, on pourra le pousser dans l'estomac; s'il est situé dans la portion thoracique inférieure et que toutes les tentatives d'extraction aient échoué, alors la propulsion « devient la ressource extrême quelle que soit la forme du corps étranger, mieux vaut ici même par quelque violence éroder l'œsophage que d'exposer les malades aux dangers de la migration vers les organes contenus dans la cage thoracique ». Michel (*Loc. cit.*, p. 509). Pour cette opération il y a un grand nombre de manières de procéder ; les plus simples sont de faire boire le malade, de lui faire avaler des bols alimentaires volumineux de consistance molle. Si ces moyens ne réussissaient pas, on pourra se servir d'instruments tels qu'une sonde œsophagienne, une tige de poireau lavée et huilée, moyen conseillé depuis Ambroise Paré, une éponge montée à l'extrémité d'une tige de baleine. Les instruments les plus divers peuvent servir dans certains cas ; c'est ainsi qu'on pourra employer un tube de Faucher poussé jusqu'au corps étranger, armé de son entonnoir plein d'eau et brusquement relevé, la pression brusque et le courant de la colonne d'eau peuvent entraîner l'obstacle (2). « Le Dr Gauthier de Genève a eu l'idée ingénieuse d'employer un pessaire Goriel qu'il a introduit sur un mandrin dans l'œsophage. Par plusieurs insufflations successives il a distendu le canal œsophagien et dégagé un débris d'os qui est tombé dans l'estomac. » Tillaux (*Loc. cit.*, p. 434.)

Lorsqu'on aura repoussé dans l'estomac un corps étranger quel qu'il soit, on fera prendre au malade quantité de panades, purée de pommes de terre et autres aliments enveloppants. Il

---

(1) *Odontologie*, mars 1889.

(2) M. Jeannel (*Encyclopédie intern. de Chirurgie*, t. 5, Cou).

est bien entendu que ce dernier principe sera encore plus rigoureusement suivi s'il s'agit de corps aigus ou coupants. Si on le juge nécessaire dans ce dernier cas, si le corps est de petit volume, on pourra, après avoir gorgé le malade d'aliments ci-dessus indiqués, lui administrer un vomitif.

Quand une sangsue a été introduite dans l'œsophage, si cela est possible, on l'extraira, sinon on provoquera sa chute en faisant laver avec de l'eau additionnée de vinaigre ou de quelqu'autre substance irritante (1). Je crois que dans ce cas les vomitifs seraient très bien indiqués.

Il faudra toujours opérer les manœuvres de cathétérisme, d'extraction ou de propulsion avec une très grande douceur e beaucoup d'attention, et ne jamais oublier qu'en allant même avec précaution, à plus forte raison en opérant avec brusquerie, on peut déterminer de graves accidents. Dans le cas, par exemple, où il y a un rétrécissement organique au niveau de la bronche gauche, « l'œsophage fait bientôt corps avec celle-ci, on peut alors, sans le moindre effort et sans en être averti par le malade pénétrer dans la bronche gauche avec le cathéter. » Tillaux (*Loc. cit.*, p. 436). Il peut arriver aussi qu'il y ait un anévrisme de l'aorte dans le point où elle est en rapport avec l'œsophage, ce qui diminue le calibre de celui-ci en un point déjà rétréci normalement, et on a vu des cas d'hémorragies foudroyantes succéder à un cathétérisme pratiqué dans ces conditions.

Il peut être nécessaire de faire la trachéotomie lorsque le malade suffoque et que l'obstacle ne peut être retiré assez promptement.

Dans les divers instruments ou moyens indiqués on devra choisir d'abord de préférence les plus simples et tenter tout sans se rebuter et en fatiguant le malade le moins possible. Enfin lorsque l'extraction n'aura pu être faite, que la propulsion sera impossible ou contre indiquée par la fixité, le volume, la forme du corps étranger, il faudra alors faire l'œsophagotomie externe, opération dans les détails de laquelle je n'ai pas à entrer, mais qui, dans l'intérêt du malade ne doit pas être différée, car il résulte des statistiques que les meilleurs résultats ont été obtenus chez des malades opérés de bonne heure.

---

(1) Velpeau. Dict. Médecine.

Un fait qu'il importe de ne pas oublier c'est que le malade peut encore ressentir l'impression produite par le corps étranger, alors qu'il n'est plus dans l'œsophage. Sur un relevé de 167 cas de corps étrangers de l'œsophage fait par M. Martin, 40 fois seulement l'extraction a eu lieu, 25 fois la propulsion, 8 cas d'œsophagotomie, 69 cas de mort, 25 cas de formation d'abcès avec expulsion du corps étranger.

La nature du sujet m'amène à dire quelques mots à propos des corps étrangers tombés dans l'estomac. Quand ils sont dépourvus d'aspérités, peu volumineux, on fait comme je l'indiquais plus haut et ils sont éliminés par la voie intestinale. C'est ce qui arrive, par exemple, quand un malade a avalé une dent, naturelle ou artificielle, mais, s'il en est autrement, il faut alors recourir à la gastrotomie, opération qui a dû être faite déjà plusieurs fois pour des appareils prothétiques (1).

CORPS ÉTRANGERS DANS LA TRACHÉE

Lorsqu'un liquide se trouve introduit dans la trachée, il ne détermine en général que des accidents passagers, car il ne tarde pas à être expulsé par la toux qu'il provoque. Il n'en est plus de même lorsque c'est un corps solide. Je ne parlerai pas des corps qui, se trouvant placés à l'extrémité supérieure du larynx empêchent l'air d'y arriver; j'ai traité ce sujet à propos des corps étrangers du pharynx.

Dès qu'un corps solide est introduit dans les voies respiratoires, il provoque une toux convulsive, de la dyspnée, de l'altération de la voix qui devient sibilante de la douleur ; la face est rouge, livide, les yeux saillants ; les jugulaires se gonflent, le malade a de l'angoisse. Quand le corps étranger est mobile, il se produit un bruit de ballotiement ou de drapeau qui peut s'entendre à distance ; en outre de la dyspnée qu'ils produisent, les corps mobiles irritent par leurs mouvements continuels la muqueuse qui est extrêmement sensible.

Si le corps introduit est assez volumineux la mort peut être immédiate ou survenir très rapidement, dans le cas, par exemple, où il s'agit de certains corps comme des graines sèches qui se

---

(1) Voir entre autres, *Odontologie*, mai 1886.

gonflent par l'humidité. Si le corps étranger est fixe, la dyspnée est continuelle ; s'il est mobile, la suffocation sera intermittente ; en effet, par moment, «il pourra être introduit dans une bronche où il sera à peu près toléré, pour revenir, chassé par une quinte de toux, irriter la trachée et obturer le larynx. » M. Jeannel (*Loc. cit.*)

La violence et la physionomie de l'accès avec les signes ci-dessus indiqués suffisent pour diagnostiquer l'introduction d'un corps étranger dans les voies respiratoires; il sera bon toutefois de s'assurer qu'il n'y a rien dans l'œsophage, en vérifiant la façon dont se fait la déglutition et, au besoin, en y introduisant une sonde. Il faut savoir qu'un corps étranger introduit dans la bronche gauche peut produire de la dysphagie en comprimant l'œsophage.

Il peut arriver, malgré l'extrême sensibilité de la muqueuse laryngo-trachéale que des corps étrangers soient introduits dans les voies respiratoires sans que le malade en ait en quelque sorte conscience et qu'il détermine plus tard des phénomènes auxquels on attribue une tout autre cause. On connaît déjà un certain nombre de cas de ce genre ; il me suffira, pour donner une idée de ces phénomènes de faire en deux mots l'histoire de de cet homme que Tillaux cite d'après Bourdillat : un jour, en mangeant des cerises, il sentit un petit picotement à la gorge, à partir du lendemain toux quinteuse et opiniâtre, le malade maigrit, il est considéré comme phtisique, enfin, au bout de trois mois dans un violent accès de toux il rend un noyau de cerise par la bouche et guérit.

La toux opiniâtre qui suit d'ordinaire l'introduction d'un corps étranger dans les voies respiratoires réussit quelquefois à l'expulser ; on pourra aussi administrer un vomitif qui, par les efforts qu'il provoque, pourra favoriser sa sortie; mais ces moyens réussissent peu.

L'extraction par les moyens directs, à l'aide de pinces spéciales réussit rarement ; il faut dans ces cas que l'obstacle soit fixe, accroché dans les parois de la trachée ou du larynx et que le patient se prête avec une grande docilité à toutes les tentatives.

Si ces divers moyens ont échoué il faut absolument faire la trachéotomie ou la laryngotomie et ne pas quitter le malade autant que possible avant de l'avoir débarrassé. Au sujet de la trachéo-

tomie, je citerai en passant l'opinion de M. Tillaux et de quelques autres chirurgiens qui préconisent le thermocautère pour l'ouverture de la trachée à cause de la faible quantité de sang perdu et la non-introduction de celui-ci dans les voies respiratoires.

Il est rare que par la trachéotomie on ne puisse enlever un corps étranger. Aussitôt l'ouverture faite, le malade respire plus librement et l'obstacle, s'il est libre, se trouve souvent chassé par celle-ci ou par la bouche, s'il est fixe, on l'extraira avec des pinces.

Dans une statistique de Bourdillat, sur 300 observations de corps étrangers dans les voies aériennes, la trachéotomie et la laryngotomie furent pratiquées 131 fois, et 92 fois la guérison s'en est suivie. Sur 80 trachéotomies où le mode de sortie ou d'état a été noté, le corps étranger a été chassé par la plaie 28 fois, savoir : 14 fois immédiatement après l'opération, 10 fois dans les 24 heures et 4 fois dans un temps plus éloigné. Il a été extrait 17 fois avec des pinces, savoir : 14 fois, de suite et 3 fois, plus tard. Il est passé dans la bouche 17 fois, savoir : 8 fois pendant l'opération et 9 fois consécutivement. Il est resté 18 fois dans les voies aériennes et toujours la mort a eu lieu.

En terminant j'ajouterai quelques mots pour fairedeux recommandations déjà bien souvent faites et qui, si elles avaient été observées, auraient permis d'éviter un grand nombre de fois les accidents qui nous ont occupés : c'est, tout d'abord, lorsque l'on a plusieurs dents à enlever, surtout pendant, l'anesthésie de bien voir ce qu'elles deviennent lorsque, dans une opération au pied de biche, par exemple, les dents ou racines tombent dans la bouche ; en tout cas on fera bien de les compter après l'opératiou, afin que, si l'une d'elle manque à l'appel, on surveille avec soin les troubles qui pourraient se produire du côté des voies respiratoires. La seconde recommandation est de toujours s'assurer *de visu* de l'état de la bouche d'un malade avant de pratiquer sur lui l'anesthésie, et, s'il portait un appareil quelconque, de le lui retirer, et cela d'une façon absolue ; c'est à cette dernière conclusion qu'aboutit un intéressant article de la Pratique Médicale que l'on a pu lire dans l'*Odontologie* de mars 1887, sur la nécessité de l'examen da la bouche avant l'anesthésie.

En plus des observations citées dans le cours de cette étude,

j'ai placé à la suite le résumé de quelques autres intéressant particulièrement l'art dentaire. J'aurais pu en citer un plus grand nombre, mais, voulant simplement donner une idée des accidents dont je viens de parler, je me suis borné à celles qui m'ont paru les plus intéressantes.

Observation I. — Le capitaine B..., au cours d'une opération à l'aide du chloroforme, fut étouffé par la chute dans la gorge d'un dentier qu'il portait et que le médecin pratiquant l'anesthésie avait négligé de lui retirer. (*British Journal of Dental Science. — Odontologie*, mai 1886.)

Observation II. — Une dame B... un matin, au lit, fut prise d'un accès de toux pendant lequel un appareil prothétique de quatre dents qu'elle portait se détacha et elle l'avala. Lorsqu'elle vint à l'hôpital elle respirait difficilement et crachait beaucoup ; une sonde introduite dans l'œsophage pour l'explorer fit tomber dans l'estomac l'appareil qui était à peine retenu. On lui ordonne des aliments enveloppants pour favoriser l'expulsion du corps étranger par la voie intestinale. (Hôpital Beaujon. — Service de M. L. Labbé.)

Observation III. — Un barbier, trente-deux ans, bien portant, ayant avalé une pièce de six dents montée sur caoutchouc, avec un crochet, alla consulter un chirurgien quatre jours après ; celui-ci constata que l'appareil était dans l'estomac et décida de pratiquer la gastrotomie. On trouva la pièce à l'extrémité pylorique, on l'enleva et on sutura. Quarante-huit heures après l'opération le malade allait aussi bien que possible et, deux semaines plus tard, sortait parfaitement guéri. (*The Independant Practitioner. — Odontologie*, mai 1886.)

Observation IV. — En enlevant une racine de petite molaire à une jeune fille, pendant l'anesthésie au chloroforme, le mors palatin du davier se brisa et disparut dans le fond de la bouche. Aussitôt la malade devint livide et présenta tous les symptômes de suffocation. On pratiqua la respiration artificielle et on réussit à la faire revenir à elle, mais on ne put retirer le morceau de davier qui était engagé dans la bouche droite. Pendant cinq à six semaines la malade eut des crachats sanguinolents, et, comme elle s'affaiblissait, elle entra à l'hôpital où, s'étant assuré de la position du corps étranger, on pratiqua la trachéotomie et on fit l'extraction du morceau de davier à l'aide d'une pince. Les suites de l'opération furent des plus heureuses. (*British Journal of Dental Science. — Odontolgie*, mars 1886.)

Observation V. — Marie M... se fait enlever la dernière molaire supérieure ; son indocilité empêcha le dentiste d'amener au dehors la dent, qui s'échappa dans le fond de la bouche et tomba dans la trachée. Depuis ce moment il se déclare une toux violente qui empêche tout repos ; on administre à la malade un premier vomitif sans résultat ; on en donne un second très énergique et, pendant qu'il produisait son effet, on fait respirer une forte dose de poudre

d'ellébore blanc ; la dent fut enfin expulsée par les efforts provoqués par les vomissements et les éternuements. (*Kruger-Haussen, 1822*, cité par G. Delestre. Des Accidents causés par l'extraction des dents).

Observation VI. — Homme vigoureux, vingt-neuf ans se fait enlever la deuxième grosse molaire supérieure droite. A la première tentative d'extraction la dent se brise, à la seconde elle est enlevée, mais échappe à l'intrument et disparaît dans la gorge. Le malade ressent une douleur violente mais passagère au niveau de la partie supérieure de la trachée ; il a un accès de toux convulsive qui se répète à plusieurs reprises. Depuis, sentiment de gêne indéfinissable dans la poitrine, dyspnée, toux avec expectoration sanglante. Quelque temps après se déclarent une pneumonie et une pleurésie droite puis double ; le malade succomba le onzième jour.

On n'avait fait aucune tentative pour extraire la dent. A l'autopsie on la retrouva dans la bouche droite à un pouce de sa naissance, libre, non enchâssée. (*John Houston*, 1834, cité par G. Delestre, *loc. cit.* p. 97).

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE PARIS

Pour la première fois Paris et la France ont un Congrès Dentaire. Les listes d'adhérents que nous avons publié, ainsi que les titres de communications prouvent que l'appel des dentistes français n'est pas resté sans écho. L'Europe et l'Amérique nous ont envoyé les meilleurs des leurs, pour travailler avec nous à l'avancement du savoir professionnel. La section dentaire du Congrès International des Sciences médicales tenu à Londres en 1882 ne comptait que quelques dentistes, notre profession n'eut pas de place au Congrès de Copenhague et le Congrès de Washington n'attira que 27 dentistes étrangers. Notre liste renferme plus de 150 de leurs noms. On voit que le Congrès de Paris s'annonce sous les meilleurs auspices et que jamais une réunion internationale de dentistes n'eut une aussi grande affluence.

L'innovation adoptée par la commission d'organisation du Congrès de Paris, de concentrer les travaux de l'assemblée sur quelques sujets déterminés doit porter ses fruits, et faire que sur ces sujets la majorité des congressistes se fasse une idée plus claire et plus précise des idées qui s'y rattachent.

Pour cela il est nécessaire que ceux qui prendront part aux débats, et ceux qui les dirigeront, aient toujours pour but de présenter leurs idées d'une manière concise et claire, sans faire d'incursions en dehors du domaine des sujets qu'ils veulent traiter. On a médit avec raison des Congrès. Faisons les uns et les autres notre possible pour que le Congrès de Paris laisse un résidu de progrès.

En dehors de l'avancement de la science par la discussion en commun, et des progrès de la pratique par le spectacle des meilleurs opérateurs et des plus récents perfectionnements, les congrès ont une autre conséquence non moins heureuse, c'est l'union entre les hommes, la conversation et la discussion hors séance sont non moins profitables pour tous, elles créent des relations, des sympathies que parfois le temps et l'éloignement ne peuvent dissiper. En revenant du Congrès de Washington nous signalions à nos confrères l'importance des sociétés professionnelles pour la diffusion du progrès. Nous ne connaissons pas de meilleur agent d'éducation morale et technique que la fréquentation des dentistes entre eux.

Les grandes assises professionnelles inaugurées aujourd'hui feront, nous en sommes convaincus, de bonne et utile besogne, et nous sommes heureux de saluer ce nouveau progrès dans la voie de l'organisation de notre profession en France.

P. Dubois.

DERNIÈRE HEURE

SÉANCE D'INAUGURATION DU CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL AU PALAIS DU TROCADÉRO

Nous sortons de la séance d'inauguration du Congrès enthousiasmés. Tous ceux qui aiment leur profession, tous ceux qui aiment la France seront fiers de la grande et imposante solennité dont la salle des Conférences du Trocadéro a été le théâtre.

Le président du comité d'organisation, M. le Dr David, a ouvert la séance par un discours éloquent, rappelant les titres des dentistes français comme initiateurs de l'art dentaire au XVIIIe siècle et au commencement du XIXe. Le rapport du dévoué secrétaire général du comité d'organisation du Congrès, le discours du représentant du gouvernement de la République, M. le professeur Gariel, celui de M. le Dr Gaillard, président du Congrès, ont été non moins heureux, et chacun et tous représentèrent la France et honorèrent notre art comme il le fallait.

A voir le défilé à la tribune des représentants des nations étrangères, à entendre les éloquentes allocutions que leurs délégués ont prononcées, on a pu se convaincre que l'appel des dentistes français a été entendu de tous ceux qui pratiquent et aiment l'art dentaire. Les principaux pays d'Europe, l'Amérique du Nord, l'Amérique du Sud elle-même, nous avaient envoyé

des représentants qui voulurent bien nous dire quelle sympathie nous unissait à eux.

La lettredu (*great old man*) de l'*Art Dentaire*, Sir J. Tomes, lue par M. Cunningham secrétaire de la délégation Britannique, a été saluée par des acclamations répétées.

Quel est le dentiste qui en sortant de cette grande et émouvante séance, ne pensa qu'il venait d'être fait quelque chose de décisif pour le progrès, pour le relèvement professionnel aux yeux du monde.

Les travaux du Congrès accentueront cette impression, nous en sommes convaincus. P. DUBOIS.

L'ODONTOLOGIE PUBLIERA DANS LES PROCHAINS NUMÉROS LES COMPTES RENDUS DES SÉANCES UU CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL.

Nous rappelons à MM. les Congressistes l'emploi du temps pendant les derniers jours du Congrès.

Mercredi 4 septembre

9 heures à midi. — DÉMONSTRATIONS PRATIQUES ET PRÉSENTATIONS D'INSTRUMENTS, 57, rue Rochechouart, au local de l'Ecole dentaire de Paris.

Différents modes d'aurifications : or mou, or adhésif, or cristalisé, etc., MM. Bonwill, Chauvin, Levett, Michaels, etc.

3 à 6 heures du soir. — COMMUNICATIONS ORALES, 3, rue de l'Abbaye, au local de l'Ecole dentaire de France.

3e Section. — Prothèse et orthopédie dentaires

1re QUESTION. — INDICATIONS ET PROCÉDÉS DES COURONNES ARTIFICIELLES ET DU TRAVAIL A PONT.

M. BARRIÉ, de Paris. — Contribution à l'étude du travail à pont.

M. KOENAART de Bruxelles. — Travail à pont (communication sur le)

2me QUESTION. — CONDITIONS REQUISES POUR EXÉCUTER LE REDRESSEMENT DES DENTS ET DESARCADES ALVÉOLAIRES AVEC EXPOSÉ DES NOUVEAUX MOYENS DE REDRESSEMENT.

M. GODON, de Paris. — Contribution à l'étude du redressement des dents et des arcades alvéolaires.

M. le Dr FRANCK de Vienne. — Présentation d'un appareil pour élargir l'arcade dentaire avec dissertation sur les causes des irrégularités des dents.

M. le Dr DUNOGIER, de Bergerac. — Redressement.

3me QUESTION. — DU CHOIX DES SUBSTANCES POUR LA CONSTRUCTION DES APPAREILS DE PROTHÈSE.

M. MICHAELS, de Paris. — Nouveau moyen de faire des pièces en métal sans estampage avec démonstrations à l'appui.

4me QUESTION. — RESTAURATIONS DE LA FACE ET DES MAXILLAIRES

M. PRÉTERRE, de Paris. — Des divisions du voile du palais. Parallèle entre l'intervention chirurgicale et la prothèse (avec présentation de sujets.)

M. BRUGGER de Kreutzlingen (Turgovie-Suisse). Sur les obturateurs avec démonstrations sur malades.

M. CARATZANIS d'Athènes. — Les perforations de la voûte palatine (observations sur).

5° COMMUNICATIONS DIVERSES

M. FAYOUX, de Niort. — Sur un nouveau produit pour empreintes.

M. BONNARIC, de Lyon. — Présentation d'un nouvel articulteur.

M. PRADÈRE, de Lyon. — Présentation d'une nouvelle matrice antiseptique pour la monture des dents.

M. le Dr FRANCK, de Vienne. — Présentation d'une pince à découronner les dents.

M. Victor BENSOW, de Gothembourg. — Résumé bref sur le moyen de faire des aurifications et obturations dans les dents artificielles. (Démonstrations et échantillons à l'appui.)

M. SCHWARTZ de Nîmes. — Notes sur l'application du caoutchouc vulcanisé à la confection des appareils dentaires.

8 h 1/2 du soir. — Réception des Congressistes par M. le Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, assisté du Conseil d'administration et du Corps enseignant de l'Ecole, au siège de l'Ecole, 57, rue Rochechouart.

Jeudi 5 septembre

9 heures à midi. — DÉMONSTRATIONS PRATIQUES ET PRÉSENTATIONS D'INSTRUMENTS (57, rue Rochechouart, au local de l'Ecole dentaire de Paris).

Prothèse dentaire et appareils divers. Démonstrations et explications des différents systèmes de couronnes présentées par S. S. White, explications par M. Dubois, etc.

3 à 6 heures du soir. — COMMUNICATIONS ORALES (3, rue de l'Abbaye, à l'Ecole dentaire de France).

4e Section. — Déontologie et Hygiène dentaires

1re QUESTION. — L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE. — MÉTHODES. — DURÉE DES ÉTUDES

M. GODON de Paris. — L'Enseignement de l'art dentaire.

M. C. V. JOHNSON de Chicago. — Education dentaire — sujets. — Nécessités passées. — Développements et besoins actuels. — Défaut du système actuel avec indications des remèdes possibles. — Espérances et nécessités futures.

M. OTTOFY de Chicago. — L'art dentaire aux Etats-Unis.

M. MIKHALOWSKI, secrétaire du Conseil pédagogique de l'Ecole dentaire de Saint-Pétersbourg. — Bref résumé historique de l'Enseignement et de l'Etat de l'Ecole dentaire en Russie.

M. CUNNINGHAM. — De l'Education dentaire.

2e QUESTION. — HYGIÈNE DENTAIRE ET BUCCALE PENDANT LES PÉRIODES DE DENTITION

M. GODON de Paris. — De l'examen du système dentaire des enfants.

3e QUESTION. — COMMUNICATIONS DIVERSES

M. le Dr DUNOGIER de Bergerac. — Déontologie.
M. CUNNINGHAM. — L'art dentaire dans ses relations avec l'Etat.
M. DUBOIS de Paris. — Service dentaire dans l'armée.

VŒUX ET RÉSOLUTIONS

5e Section. — Clinique. — Liste des démonstrations pratiques promises

M. BERGSTROM. — Présentation d'un appareil pour projeter l'air chaud.

M. BONWILL de Philadelphie M. D.-D.D. S. — Emploi des fouloirs ovales à pointes douces avec les maillets électriques et mécaniques pour fouler l'or non adhésif ou adhésif d'Abbeys.

M. Richard CHAUVIN de Paris. — Fixation des pivots parallèles (démonstration).

Essai sur la cocaïne. — Aurification avec reconstitution à l'or mou.

M. RAUHE de Dusseldorf. — Pneumatic maillet (présentation).

M. S. S. WHITE de Philadelphie. — Couronnes en porcelaine avec les instruments pour les fixer.

M. Lucien EILERTSEN de Paris. — Pile thermo-électrique.

Appareils à air chaud à température graduable.

M. LOUP de Paris. — Présentation d'une fontaine pompe à salive.

M. le Dr KUHN de Paris. — Application de l'électricité et de l'air comprimé aux instruments employés dans l'art dentaire.

M. POINSOT de Paris. — Présentation de daviers à mors parallèles avec serrage instantané (démonstration).

Cale au moyen de réfrigérants.

M. GODON de Paris. — Présentation d'un appareil pour obtenir le parallélisme des pivots dans les appareils à pont. Transplantation.

M. SCHARWTZ de Nîmes. — Présentation d'un étau à moufles.

Présentation d'un moufle — d'un extincteur automatique pour machine à vulcaniser.

Présentation d'un davier clef à mors parallèles.

M. S. A. COXON de Wisbech. — Présentation d'un nouvel appareil à protoxyde d'azote.

M. CAMPBELL de Londres. — Présentation d'un tour de cabinet horizontal et d'un chalumeau.

M. LENNOX de Cambridge. — Présentation d'un tour de cabinet à air comprimé.

M. GARTRELL de Peuzance. — Présentation d'un nouveau procédé de travail à pont.

M. CAUSH de Brighton. — Procédé de préparations de coupes de dents pour le microscope.

M. BRUNTON DE LEEDS. Diagrams de Hodward. — Position du patient pendant l'anesthésie générale.

M. DERBY, dentiste.

M. CUNINGHAM de Cambridge. — Diagrams représentant les différents procédés de couronnes et de travail à pont.

Préparations microscopiques de section, séries de maxillaires de jeunes chats (kittens), sections de follicules dentaires.

M. LEVETT de Paris. — Présentation de matrices. — Démonstration d'aurification.

Exposition d'appareils et instruments professionnels nouveaux par les principaux fabricants français et étrangers, 57, rue Rochechouart, à l'École Dentaire de Paris.

Vendredi 6 septembre

9 heures à midi. — DÉMONSTRATIONS PRATIQUES ET PRÉSENTATIONS D'INSTRUMENTS (57, rue Rochechouart, au local de l'Ecole dentaire de Paris).

Micrographie. — Préparation de coupes de dents normales ou pathologiques, procédé de Caush de Brighton.

Présentation de préparations pour le microscope et de photo-micrographies, de Caush de Brighton.

2 heures soir. — Présentation d'une installation de dentiste avec l'emploi de l'air comprimé, chez M. le Dr Kuhn, 3, rue Scribe.

7 heures 1/2. — Banquet offert aux congressistes étrangers par les congressistes français, **chez Lemardelay, 100, rue Richelieu.** Prix du banquet : 20 fr.

Nota. — Les membres qui désirent y souscrire sont *instamment priés* d'envoyer avant le *2 septembre* leur cotisation au secrétaire général, rue de la *Chaussée-d'Antin,* 24. Les adhérents étrangers sont invités à donner avis au secrétaire général de leurintention d'accepter l'invitation qui leur est adressée d'honorer le banquet de leur présence.

Samedi 7 septembre

9 heures à midi. — Visite à l'Exposition — à 10 heures du matin. Présentation par M. Martin de Lyon, de restaurations faciales avec démonstration d'appareils à l'Exposition universelle. Examen de l'Exposition professionnelle des dentistes et des fabricants français et étrangers, sous la conduite de délégués de la Commission d'organisation.

LE DEUXIÈME CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL ?

Le *Congrès international dentaire de Paris* a provoqué une intéressante et très vive polémique dans tous les journaux professionnels du monde.

Les partisans de l'assimilation à l'art médical, et les partisans de l'autonomie de l'art dentaire se sont tour à tour jeté les arguments à la tête jusqu'à ce que le regretté M. Brasseur, d'une part, et M. le Dr Kuhn, d'autre part, aient par leurs lettres publiées dans les journaux américains remis les choses au point du déclarant qu'aucune question de principe n'était engagée dans la réunion à Paris d'un congrès dentaire international : que la présence probable à Paris d'un grand nombre d'étrangers, et parmi eux *des dentistes* pour visiter l'Exposition universelle de 1889 était la cause principale d'un semblable *meeting* ; qu'il ne pouvait avoir été proposé pour faire échouer le Congrès de Berlin de 1890, puisque la proposition en avait été faite au Con-

grès de Washington par M. P. Dubois, en 1887 par suite d'une décision de l'Association Générale des Dentistes de France, prise plusieurs mois avant que le Congrès de Berlin n'ait été décidé : qu'enfin le titre d'*international* donné au Congrès était le titre général donné par le gouvernement français à tous les Congrès de médecine, de science, ou d'art qu'il patronnait.

Après ces trois nettes et très franches déclarations, aucun argument ne subsistant contre notre Congrès nous avons vu tous les journaux professionnels qui avaient au début, suivant l'heureuse expression d'un de nos amis et confrères anglais, tenté de *boycotter* le Congrès par une véritable conspiration du silence, venir tour à tour lui apporter leur concours et lui souhaiter bon succès.

Mais, bientôt, une autre question s'est posée.

Le Congrès de Paris sera-t-il le dernier congrès international dentaire ? Y aura-t-il lieu d'en tenir d'autres ? Et, dans ce cas, à quelle époque et dans quel pays ?

Et la polémique a repris de plus belle — et avec quelle vivacité il faut, pour s'en rendre compte, lire le *Dental Review* de Chicago, le *Southern Dental Journal* d'Atlanta et l'*International Dental Journal* de New-York.

Le dernier numéro du Cosmos (août 1889), s'est fait l'écho de cette polémique et publie sous le titre *Un Congrès International Dentaire* quelques correspondances d'où il résulte que la *Chicago Dental Society* à sa séance de juin, sur la proposition de notre ami le D[r] Harlan, a adopté la résolution suivante :

Considérant que le prochain Congrès international Dentaire sera tenu probablement aux Etats-Unis et que cette ville (Chicago) est un excellent endroit pour cette réunion.

Décide : que la Société Dentaire de Chicago, comptant sur la coopération des autres sociétés dentaires et des membres de la profession, souhaite la réunion du prochain Congrès international Dentaire dans la ville de Chicago en 1892 et assure tous les membres de la profession du monde qu'ils y recevront une généreuse et hospitalière bienvenue.

Cette résolution a été transmise à d'autres sociétés dentaires, dont le *Chicago Dental Club*, qui ne l'ont pas adoptée. Enfin, le même journal contient une lettre du D[r] A. E. Baldwin de Chicago, qui examine également cette question et conclut que le Congrès de Paris doit « *clore sa session en septembre cette année et s'ajourner sans date.* »

Là encore nous nous trouvons en présence des mêmes arguments. Les partisans de l'assimilation et les autonomistes recommencent la lutte.

« L'art dentaire est une branche de l'art médical. Les dentistes ont intérêt à faire partie du Corps médical. Un congrès indépendant ferait tort à la section dentaire du Congrès international

des sciences médicales qui a lieu tous les trois ans, etc., disent les *assimilateurs.*

A cela les autonomistes répondent que l'art dentaire est une profession spéciale, indépendante, puisant ses divers éléments dans diverses *sciences* et non exclusivement dans les sciences médicales, — qu'il vaut mieux pour les dentistes un congrès spécial comportant lui-même des sections que d'être perdus dans une petite section d'un Congrès général, comme celui des sciences médicales, — que cela sera plus profitable à l'avancement de la profession et plus conforme à la dignité de ses membres, etc., etc.

A cela nous répondrons que la question est ainsi mal posée, sur un terrain brûlant, qu'il y a lieu de reprendre les arguments de MM. Brasseur, Dubois et Kuhn.

1° La question de principe n'a pas lieu d'être engagée.

En effet, si les mêmes circonstances qui ont amené la réunion à Paris d'un Congrès international dentaire généralement admis maintenant se reproduisent dans un pays quelconque, n'y aura-t-il pas lieu de réunir un nouveau Congrès international dentaire?

Evidemment oui, s'il n'y a pas à la même époque, la même année, un Congrès des sciences médicales avec section dentaire. A quelle époque ce fait doit-il se produire?

Nos renseignements actuels ne nous permettent pas de trancher cette question.

Nos confrères américains annoncent une grande fête internationale pour 1892. Dans quelle ville aura-t-elle lieu, Chicago ou New-York?

N'y aura-t-il pas d'ici là une autre fête ou un autre motif de réunion internationale en Europe? Autant de questions à examiner.

Pourtant il nous semble résulter de ce qui précède, que si, comme tout nous le fait prévoir, le Congrès international dentaire de Paris a été utile et avantageux pour la profession, il n'y a aucune raison pour que, avec des circonstances semblables, il ne se reproduise pas, tous les trois ans, par exemple, étant donné que la plupart des Congrès internationaux des spécialités médicales, ophtalmologie, dermatologie, hygiène, etc., ont tous de plus en plus senti les nécessités d'ouvrir des Congrès internationaux spéciaux périodiques sans pour cela nuire au Congrès des sciences médicales. La constitution étant différente, le but poursuivi et les résultats obtenus ne sont pas les mêmes. La section dentaire et le congrès spécial peuvent se tenir parallèlement, pourvu que ce ne soit pas la même année.

On pourra les comparer. Quant au lieu, à l'époque où devrait se tenir le 2e Congrès dentaire international, ce sont autant de

questions que nos confrères pourront examiner et sur lesquels nous ne pouvons nous prononcer pour le moment. Elles pourront donner lieu à de nouvelles polémiques qui ne manqueront certainement pas d'intérêt.

CH. GODON,
Directeur-adjoint de l'Ecole dentaire de Paris.

REVUE DE L'ETRANGER

DES ANTISEPTIQUES

Par G. V. BLACK (1)

Traduction de M. G. BLOCMANN

Expériences dans du bouillon contenant 5 0/0 d'albumine

Dans les expériences suivantes on a employé trois solutions de bichlorure de mercure. Une solution de ce bichlorure au 500e degré fut divisée en trois parties égales; l'une (p) fut laissée telle quelle, à la seconde (a) on ajouta 5 0/0 d'acide hydrochlorique et à la troisième (s) 10 0/0 de chlorure de sodium.

Solution p, **1-5000**, **1-7500**, **1-1000**, **1-15000**.
— s, **1-5000**, **1-7500***, **1-1000**, **1-15000**.
— a, **1-5000***, **5-7500***, **1-1000**, **1-15000**.
— p, 1-1000, **1-2000****, **1-3000****, **1-4000***.
— s, 1-1000, **1-2000*****, **1-3000****, **1-4000***.
— a, 1-1000, 1-2000, 1-3000, 1-4000.
Acide phénique (sol. à 5 0/0) 1-8, 1-10, **1-12**, **1-15**, **1-20**.
Huile de cassia (solut.) 1-3, 1-5, 1-8, **1-10***.
Sulfate de cuivre (sol.) 1-100, **1-200**, **1-400**.

L'examen de cette table montre que, parmi les huiles étudiées, quelques-unes n'ont aucune valeur, tandis qu'il y a une grande différence de valeur antiseptique chez celles qui empêchent le développement des microbes. Quelques-unes de celles qui jouissent d'une grande réputation témoignent ainsi qu'elle n'ont aucune valeur. Cela est particulièrement vrai pour l'huile de wintergreen d'où dérive l'acide salicylique. J'ai essayé une quantité d'échantillons de cette huile provenant de différentes sources, et les microbes se développaient librement dans une émulsion de chacune, tandis que l'acide salicylique occupe un champ d'action moyen. C'est sur ce champ d'action antiseptique que je désire appeler spécialement l'attention de mes confrères, car j'imagïne que très peu apprécient

---

(1) Voir *Odontologie*, mai 1889, p. 176.

l'étroitesse du champ dans lequel les substances peuvent être employées pour ce but. Autrement dit, le point de concentration qui empêche le développement des microbes n'est pas généralement très éloigné du point qui endommage sérieusement le tissu animal sur lequel la substance peut être appliquée ou qui est susceptible de produire des effets toxiques par absorption, ou, si le médicant n'est que faiblement toxique pour le tissu animal, son champ d'action antiseptique est très peu étendu. Il n'y a que peu d'exceptions à cette règle, encore sont-elles incertaines parmi les antiseptiques que j'ai étudiés. La règle générale est celle-ci : plus le champ de l'action antiseptique est étendu, plus la substance est toxique. Le bichlorure de mercure a un champ d'action antiseptique très étendu avec absence d'albumine et il est également très toxique. D'un autre côté les préparations d'eucalyptus sont de très faibles poisons, si faibles qu'elles peuvent être employées sur les tissus presque à volonté. Mais en même temps mes essais montrent que ce sont de très faibles antiseptiques et qu'ils ont un champ d'action très restreint. Rien n'est moins efficace que la solution saturée pour empêcher le développement. Les spécimens de l'huile que j'avais n'ont nullement été efficaces en aucune proportion, mais les deux autres préparations, l'extrait d'eucalyptus et l'eucalyptol l'ont été, et elles ont réellement un pouvoir restrictif que je ne puis pas exprimer dans mes tables. En fait, je ne crois pas comprendre encore ce pouvoir que je trouve si marqué dans l'extrait d'eucalyptus et particulièrement dans l'huile de cassia. Par exemple, les microbes croissent promptement dans un bouillon augmenté d'une quantité égale de la solution saturée d'extrait d'eucalyptus; mais le développement semble anormal à un tel degré que le spécimen n'a aucune ressemblance avec le tube de contrôle. Le bouillon reste habituellement entièrement clair, tandis que des bulbes visqueuses croissent au fond du tube ou sur ses côtés. Ce phénomène diminue très lentement d'intensité quand la dilution augmente de telle sorte que, dans une partie de solution pour quatre de bouillon, la croissance est ordinairement plus petite d'un quart que dans le tube de contrôle et présente un aspect très différent. C'est plutôt dans la restriction de la croissance des microbes que réside la valeur de cette substance que dans l'obstacle absolu qu'elle oppose à cette croissance.

Cette particularité est encore plus notable dans l'huile de cassia et, dans ce cas, elle est jointe à un champ d'action antiseptique très étendu. En fait, cette substance présente le pouvoir le plus élevé parmi toutes celles que j'ai examinées. C'est dans l'émulsion, dans la solution et eu égard à la façon dont elle se comporte vis-à-vis de l'albumine que nous allons l'étudier spécialement. Les substances qui rivalisent le mieux avec elle sont l'acide phénique, l'acide borique et peut-être la résorcine et l'aseptol. Les propriétés, comme c'est le cas de tous les antiseptiques puissants, sont atteintes par le développement de son pouvoir irritant. Celui-ci est suffisant pour couvrir la peau d'ampoules quand on l'a frottée avec de l'huile trois ou quatre fois par jour pendant deux jours. Je l'ai employée ainsi pour traiter quelques maladies de peau, que je supposais dues à un microbe, avec des résultats très rapides. Quand les ampoules furent guéries le résultat était bon dans chaque cas. Elle s'est comportée également comme le meilleur antipyogénique que j'aie employé. On peut s'en servir sous forme d'émulsion, excepté pour

les très gros abcès et les blessures infectées. Sur mon conseil, le Dr David Prince l'a employée dans des opérations chirurgicales très graves avec les meilleurs résultats pour empêcher la formation du pus et la septicémie, mais il a remarqué que, quand l'huile pure vient en contact avec la peau pendant quelque temps, elle produit une ampoule. En dentisterie, l'huile pure ou l'huile diluée avec une huile douce forme un enduit excellent pour les canaux fétides des racines et pour les abcès. Toutefois il ne faudrait pas y avoir recours trop fréquemment dans le traitement des abcès à cause de son pouvoir irritant. C'est cette huile qui rend la mixture 1-2-3 si efficace.

Acide phénique (cristaux fondus)......	1 partie
Huile de cassia........................	2 parties
Huile de wintergreen...................	3 »

Mêler les huiles et ajouter les cristaux fondus d'acide phénique.

Ma pensée première, en faisant cette préparation, était d'obtenir le meilleur effet antiseptique possible de l'acide phénique et en même temps détruire ses mauvais effets sur les tissus par les effets stimulants des huiles; mais je ne l'employai pas longtemps sans m'apercevoir qu'il se produisait autre chose que je ne compris pas avant d'avoir fait des essais avec l'huile de cassia. En fait, la mixture 1-2-3 a un champ d'action antiseptique bien plus grand que l'acide phénique sans ses mauvais effets sur les tissus ou du moins ceux-ci sont bien plus modérés.

Il importe de mentionner deux autres points relativement à l'huile de cassia : les différences de qualité et l'altération de la solution saturée en vieillissant. J'ai une quantité d'échantillons de celle-ci achetés sur le marché et les résultats obtenus avec les meilleurs donnent :

1-1, 1-3, 1-5, 1-8, **1-10***,

avec les plus mauvais :

1-1, 1-2, 1-3, 1-4, **1-5***,

c'est-à-dire une différence considérable. Néanmoins, les marchands m'apprennent que l'huile de cassia, quoique une des huiles les moins chères, est beaucoup moins sujette à l'altération que les plus coûteuses. Mais on semble connaître peu de chose sur la production de cette huile; tout ce qu'on sait, c'est qu'elle vient toute de l'intérieur de la Chine.

Relativement à l'altération de la solution, je n'ai qu'une observation. Une bouteille de la solution filtrée resta dans un casier, au collège, de mai à janvier, complètement exposée à la lumière. Les essais suivants furent faits avec elle :

1-1, 1-2, **1-3***, **1-4**, **1-5**

La bouteille avait perdu malheureusement sa marque spéciale et je ne pourrais dire à quel échantillon elle appartenait; mais, en tout cas, cela prouve une diminution considérable de sa valeur antiseptique.

Sans que je prenne la peine de discuter des substances spéciales ou même de citer plusieurs de celles qui sont comprises dans les tables, on peut voir que beaucoup des huiles examinées n'ont aucune valeur, tandis que quelques-unes peuvent être utiles. Une

étude des tables, étant donné les propriétés des huiles déjà connues sera un guide suffisant pour leur emploi et leur choix dans des cas spéciaux.

FORME DES ANTISEPTIQUES DESTINÉS A ÊTRE EMPLOYÉS

Je divise, au point de vue de l'emploi, les antiseptiques en trois formes dont chacune a des avantages particuliers : la solution dans l'eau, l'huile et la poudre.

SOLUTION DANS L'EAU

Elle est particulièrement avantageuse pour le nettoyage de la surface des plaies infectées, le lavage des abcès et, en général, dans tous les cas où le lavage peut enlever quelque chose. Dans ce mode d'emploi l'antiseption se répand sur toutes les parties de la plaie ou de l'abcès mécaniquement. Elle est plus propre ainsi que sous toute autre forme, à atteindre toutes les parties, et c'est là un avantage qu'on ne saurait trop apprécier, car il est très difficile d'atteindre toutes les parties d'un abcès avec tout autre procédé connu à cause de la diffusion très lente des liquides et même, au cas de diffusion, cette diffusion et ce mélange, avec les exsudats environnants, diminuent bientôt le champ d'action antiseptique du liquide contenant l'antiseptique en solution.

Il est donc nécessaire que le lavage soit continu pour qu'on obtienne un effet continu de la substance. Cela est généralement irréalisable et, pour cette raison, la forme liquide des antiseptiques est d'une utilité très restreinte. Une application toutes les 15 ou 20 minutes donne des résultats appréciables dans certaines parties favorisées, mais cela est très difficile à exécuter et donne beaucoup de peine; le bain continu est encore plus limité dans ses applications, et aucun des deux systèmes n'est possible en chirurgie dentaire. Pour nous, l'usage des antiseptiques liquides doit se borner au nettoyage des parties infectées. On ne peut pas se fier à lui pour empêcher l'action septique pendant un temps quelconque par la raison qu'ils restreignent promptement leur champ d'action antiseptique par leur mélange avec les sécrétions ou les exsudats de la chair. Depuis que j'étudie le pouvoir des antiseptiques et des désinfectants de plus près, mon sentiment est qu'il ne faut pas nous attendre à désinfecter beaucoup quand nous sommes en présence de tissus mous, excepté dans les cas où la destruction de quelque tissu peut avoir lieu, et ces antiseptiques ne font que retarder la croissance des microbes pendant qu'ils sont en quantité suffisante; de là la nécessité d'une application continue ou fréquemment répétée. En s'en servant pour le nettoyage, on peut en tirer un grand parti en employant la solution au peroxyde d'hydrogène au lieu d'eau de manière à obtenir l'effet mécanique de l'ébullition de l'oxygène qui se dégage par le mélange de l'antiseptique avec les sécrétions. Il y a peut-être quelque propriété antiseptique dans l'oxygène lui-même; mais j'incline à penser que son principal effet est purement mécanique, et c'est là un effet important.

Le nettoyage complet est un excellent moyen antiseptique et le eroxyde d'hydrogène le produira dans bien des cas où aucun

autre agent ne pourrait agir, en même temps qu'il entraînera l'antiseptique dans les parties les plus éloignées de la blessure ou de l'abcès.

Les huiles

Après un nettoyage complet avec la forme liquide de l'antiseptique il faut quelque chose de plus durable dans ses effets et, suivant les conditions, il faut choisir entre les huiles et les poudres. S'il s'agit d'un abcès, une huile qui est par elle-même un antiseptique ou une huile contenant l'antiseptique en solution dans des proportions efficaces peut-être introduite dans la cavité et mise en contact avec toutes ses parties. Elle restera en place, en raison de sa faible solubilité, beaucoup plus longtemps que les formes aqueuses ou que toute autre des formes simples des antiseptiques avec lesquels je suis familiarisé. Ces huiles ont une valeur particulière pour les racines des dents par exemple. Dans ce cas, toute huile, excepté les plus irritantes, peut être employée avec avantage et être laissée en place plusieurs jours.

Dans le choix des huiles essentielles il n'est nullement nécessaire de choisir les plus actives, et il faut se souvenir en faisant ce choix que, en règle, les plus puissants antiseptiques sont les plus irritants. Il vaut donc souvent mieux choisir des antiseptiques d'un champ d'action modéré, notamment quand il s'agit uniquement d'éviter l'aseptie. Quand un canal de racine très fétide est ouvert, c'est l'huile de cassia, par exemple, qui est indiquée. Après un nettoyage convenable, et surtout quand le nettoyage doit être différé par crainte d'introduire des substances toxiques dans le foramen de l'apex, on peut l'employer dans toute sa force et, sous cette forme, elle peut jouer le rôle d'un véritable désinfectant. Mais ensuite, quand il ne s'agit plus que de maintenir une condition aseptique pendant la guérison des parties, un antiseptique de champ d'action restreint, qui n'est pas susceptible de nuire aux tissus, doit être préféré. Dans ce cas, l'extrait d'eucalyptus est un agent très utile. Sa force actuelle d'arrêt est très faible, mais ses effets nocifs sur les tissus sont également très légers, de telle sorte que la guérison peut continuer en sa présence sans obstacle. Bien plus, cette huile a une force restrictive bien supérieure à sa force d'arrêt actuelle, ce qui est sans contredit, d'une grande utilité. Cette huile peut être remplacée par de la terpinol dont l'effet un peu plus stimulant est regardé comme bienfaisant. L'huile de girofle et l'huile de cannelle semblent avoir un champ moyen et peuvent être utiles dans un grand nombre de cas, si les autres sont en quelque façon insupportables au dentiste ou à son patient. L'huile de moutarde, quoique bon antiseptique d'une faible portée, a une action irritante qui limite son usage. Cependant, dans des cas où il est désirable de tirer les tissus d'inactivité, cette action est à un haut degré combinée avec sa propriété antiseptique. C'est aussi une des huiles antiseptiques les plus diffusibles que j'ai étudiées.

Chacune de ces huiles peut être employée en émulsion si, pour une raison quelconque, on ne juge pas bon d'employer l'huile pure. Cette forme est particulièrement recommandée pour les blessures suppurantes et le lavage des abcès. De cette façon, de petites quantités d'huile peuvent être largement diffusées et laissées, comme une

multitude de petits globules, pour se dissoudre graduellement quand c'est nécessaire, en formant une espèce de lien de jonction entre les solutions simples et l'huile pure. Dans ce but, un peu de l'huile choisie peut être diffusé dans de l'eau en remuant beaucoup, ou mieux, en remplissant plusieurs fois et en vidant violemment la seringue. L'émulsion laiteuse ainsi formée peut être employée de la même manière que la solution.

J'ai dit que tous les antiseptiques étaient des toxiques; ils sont antiseptiques par suite de leur pouvoir de restreindre les forces vitales et leur emploi comme tels n'est possible qu'avec des ombres de différence dans l'action de certains poisons à l'égard des différentes formes de la vie sous lesquelles ils affectent les fongus plus vivement que les tissus.

Au sens médical, un médicant n'est pas nécessairement antiseptique parce qu'il est toxique car, dans bien des cas, comme avec l'huile de croton et l'arsenic, l'effet sur les tissus est plus grand tandis que, avec les autres, il est presque identique. En outre chaque antiseptique a sa qualité particulière d'effet toxique; et, à cet égard, un choix doit être fait parmi les antiseptiques pour leur application dans les cas spéciaux. Par exemple, l'acide phénique a la propriété d'engourdir les parties sur lesquelles il est appliqué et d'endormir toutes les manifestations vitales; l'huile de cassia, d'un autre côté, a l'effet contraire de donner de la vie à tous ces mouvements. L'un est un irritant qui abat et l'autre un irritant qui stimule. Ces propriétés sont heureusement annihilées dans la mixture 1-2-3. Le degré de la valeur del'extrait d'eucalyptus peut être augmenté, et ses qualités peuvent être appropriées à ce cas ou, suivant les circonstances, par l'adjonction d'antiseptiques plus énergiques tels que l'acide phénique en cristaux (5 0[0), l'huile de cassia (5 0[0), ou plus ou moins suivant ce qu'on jugera le meilleur. De cette façon on peut composer des mixtures qui nous donneront au plus haut degré les effets que nous pouvons désirer pour les combiner avec la propriété antiseptique.

LES POUDRES

La poudre est connue en chirurgie comme la forme sèche de l'antiseptique. Il faut pour cela un cristal antiseptique réduit en poudre dont la solution saturée ne soit pas trop irritante. Il est clair que des substances très toxiques ne peuvent pas être employées ainsi, car, par leur solution dans les secrétions, elles causeraient un mal irréparable. Comme forme sèche l'acide borique semble venir en tête de la liste. Il a un pouvoir antiseptique plus grand que tout autre susceptible d'être employé en poudre, et la nature de l'irritation produite n'est pas telle qu'elle puisse empêcher sérieusement la naissance de granulations, de sorte que les plaies guérissent rapidement à son contact. Nous avons cependant dans l'hydronaphtol, le beta-naphtol et l'acide salicylique des substances qui peuvent être employées très efficacement de la même manière, quoiqu'elles aient une valeur bien inférieure et qu'elles ne soient pas aussi solubles; en même temps, elle ne sont pas aussi bien supportées par les tissus. J'ai sauvé une vie en vidant un bocal d'acide salicylique dans une blessure d'arme à feu qui sentait mauvais, à un moment où le malade était dans un état de coma apparent causé par la fièvre septique.

Le mode d'emploi consiste à entasser la poudre en plus ou moins d'épaisseur sur la blessure et à appliquer des bandages de rétention au-dessus, de façon à ce que l'antiseptique puisse se dissoudre lentement dans les sécrétions et entretenir ainsi une sorte de solution saturée en contact avec la blessure. De cette façon ces applications sont la contre-partie des formes aqueuses employées dans la lotion continuelle ou le bain et, quand elles sont habilement faites, elles ont le même résultat en donnant beaucoup moins de peine.

Les antiseptiques ne sont pas désinfectants, ne détruisent pas les micro-organismes, mais empêchent simplement leur développement. L'antiseptique enlevé ou descendu au-dessous de son degré de valeur antiseptique par une dilution dans les sécrétions, la septie peut revenir. C'est en négligeant de tenir compte de ce fait qu'on commet la plus grande partie des fautes en chirurgie. Nous ne savons combien de temps les micro-organismes vivent tant que leur développement est tenu en échec par un antiseptique, mais il est certain qu'ils vivent plusieurs jours en présence de la plupart des antiseptiques qui sont inoffensifs pour les tissus et qu'ils meurent ensuite. Ils semblent mourir comme un arbrisseau placé dans des conditions qui l'empêchent de croître et sont en état de revenir à la vie si les conditions de leur développement sont rétablies par l'éloignement ou la dissolution de l'antiseptique, de même que l'arbrisseau planté dans une bonne terre.

Une difficulté très sérieuse dans l'emploi de l'antiseptique sec en chirurgie réside dans la coagulation des poudres qui sont humectées par les sécrétions; de sorte que, après la diminution de ces dernières au bout de quelques jours, un espace libre se produit entre cette matière coagulée et la surface de la blessure. Dans ce cas l'antiseptique dissous est bientôt descendu au-dessous de son degré de valeur antiseptique et aussi complètement annihilé que s'il était enlevé entièrement. Alors un état septique peut se développer sous la voûte ainsi formée. Si nous essayons de l'empêcher en n'employant que peu de poudre, nous sommes exposés à ne pas en avoir une quantité suffisante pour la solution dans les sécrétions et à ne pas réussir à arranger les choses. Dans cette alternative, le Dr Prince a proposé d'avoir recours à la vapeur des huiles essentielles jointes à la poudre. Cette idée semble résulter d'observations de clinique, sur les effets excellents de l'huile de cassia placée en quantité considérable sur l'acide borique entassée sur la blessure après l'ovariotomie. Quand elle me fut communiquée je fis une série d'expériences pour en reconnaître la valeur, mais j'ai éprouvé beaucoup de difficultés à reproduire artificiellement les mêmes conditions. Mes expériences comprenaient un tube témoin contenant du bouillon ordinaire de bœuf (environ 2 pouces en hauteur) et infecté de salive; avant de replacer le bouchon de coton j'instillais une goutte d'huile de cassia à sa partie inférieure. Je remarquais toujours une modification notable du développement, mais point d'arrêt total. Une croissance normale se produisait à la partie inférieure du bouillon, tandis qu'un quart de la portion supérieure restait limpide. Ces expériences prouvent que la vapeur de cette huile se dissout dans les sécrétions suffisamment pour empêcher la croissance à la surface, mais que cette diffusion n'est pas suffisante pour l'empêcher de s'étendre à une profondeur considérable. D'après cela il semble probable que cette

combinaison d'une huile avec la substance sèche augmente sa force.

Une autre forme sous laquelle les antiseptiques en cristaux ont un usage important quoique limité, c'est l'injection hypodermique; sous cette forme, ceux qui ne sont que légèrement solubles dans l'eau ou les sécrétions de la chair sont dissous dans l'éther ou dans un dissolvant semblable et injectés dans les tissus. La substance est alors rapidement précipitée dans les tissus pour être dissoute lentement par les sécrétions de la chair et conserver son action antiseptique pendant longtemps. Par ce moyen certaines affections, sur lesquelles on n'aurait pas d'action autrement, peuvent être traitées avec succès telles que l'érysipèle, la gangrène progressive et autres de ce genre. Cette forme peut à l'occasion être employée efficacement pour empêcher des changements putréfiants dans les moignons de tumeurs liés, comme cela arrive fréquemment dans l'ovariotomie et autres tumeurs.

Diffusion des antiseptiques.— Ce sujet a fortement attiré mon attention depuis que j'expérimente les substances indiquées dans les tables. Dans certaines expériences entreprises pour l'étude de ce sujet, j'ai trouvé possible d'empêcher la croissance dans la partie supérieure du bouillon d'un tube tandis, que, à la partie inférieure, elle se produisait d'une façon normale. Cela s'obtient rapidement en laissant la solution de bichlorure de mercure en quantité suffisante pour empêcher la croissance dans la totalité du bouillon, descendre le long des parois du tube et se répandre sur la surface du bouillon. Le tube doit être mis de côté sans être agité. Il se produira une si faible diffusion du bichlorure que le bouillon sera décomposé à une faible distance du haut, tandis que cette portion restera limpide et libre de microbes. Quoique j'aie fait un nombre considérable d'expériences, je n'ai pas étudié ce sujet suffisamment, mais ce que j'ai vu indique qu'on peut faire beaucoup pour augmenter la diffusion des antiseptiques dans les sécrétions de blessures et de la chair dans le voisinage de celles-ci. Par exemple, une solution de bichlorure de mercure au 500me, en quantité suffisante pour empêcher la croissance dans le contenu d'un tube lorsqu'elle est bien mélangée, se diffusera assez pour empêcher le développement dans l'espace d'un pouce en direction horizontale. Si on ajoute à cette solution 5 0/0 d'acide hydrochlorique, la diffusion s'étendra à 4 pouces ; une addition égale de sel ordinaire l'étendra presque autant.

Mes expériences confirment également ce que les physiciens savaient précédemment, savoir que la diffusion des liquides a lieu très lentement dans les ouvertures étroites. Si deux tubes réunis par un étroit conduit sont remplis de bouillon infecté et si on ajoute un antiseptique à l'un d'eux, le développement sera empêché dans l'un tandis qu'il s'opérera normalement dans l'autre. Ce fait a une grande importance dans le traitement des abcès, des sinus, et surtout des blessures infectieuses et recommande vivement le peroxyde d'hydrogène et les huiles comme dissolvants des antiseptiques en cristaux. Il prouve également que nous ne pouvons pas nous attendre à ce que l'influence des antiseptiques placés dans les canaux des racines s'étende aux tissus au delà du foramen de l'apex, à moins que le médicament ne soit poussé au travers au moment de l'application.

Relation de l'albumine et de l'antiseptique. — Elle a une grande importance par la raison que sa présence contre-indique un des plus puissants antiseptiques en usage, le bichlorure de mercure. On sait depuis longtemps que l'albumine est l'antidote du bichlorure de mercure. Cependant, en raison de sa grande action, en l'absence de l'albumine, cette substance est devenue d'un usage très répandu au mépris de leur antagonisme. Des expériences sur ce sujet ont été publiées, mais elles semblent n'avoir été prises en considération que par peu de médecins. Dans le but de connaître ce degré d'antagonisme et s'il s'applique également à d'autres substances, j'ai commencé une série d'expériences comparatives, mais je n'ai pas trouvé le temps de les poursuivre avec un nombre considérable de médicants. J'ai cependant complètement terminé avec le bichlorure de mercure et j'en ai donné les résultats dans les tables. Mes premières expériences — qui n'y sont pas mentionnées — étaient relatives à la décomposition de la solution de bichlorure exposée continuellement à la lumière ; elles ont prouvé que, pendant une période de deux mois, l'addition de 5 0[0 d'acide hydrochlorique à la solution au 500° de bichlorure la protégeait parfaitement, de sorte que son champ d'action antiseptique était le même, à la fin de cette période, qu'au commencement. Mon but était de mélanger la solution et de la mettre à la lumière du jour et non du soleil. Cette solution fut essayée au point de vue de sa limite de valeur antiseptique dans un bouillon infecté de salive. D'autres tubes du même bouillon furent conservés et deux essais faits chaque semaine pendant 2 mois sans montrer aucune diminution de pouvoir. La même solution, sans addition d'acide, perdit rapidement son pouvoir.

Les expériences pour essayer l'influence de l'albumine furent tout d'abord faites avec deux solutions dont chacune contenait une partie de bichlorure de mercure pour 500 d'eau. A l'une, j'ajoutai 5 0/0 d'acide hydrochlorique, et à l'autre 10 0/0 de chlorure de sodium, ce dernier avec la pensée qu'il empêcherait la précipitation de l'albumen par le bichlorure. J'observai que l'addition de cette solution au bouillon contenant 5 0/0 d'albumine ne provoquait pas de nuage dans le liquide, tandis que l'addition de l'autre en très faibles quantités la rendait laiteuse et, en grandes quantités, précipitait l'albumine.

Les essais faits avec ces solutions, comparées au pouvoir du bichlorure en l'absence d'albumine, montrent clairement que les deux substances sont antagonistes, et que l'addition de chlorure de sodium n'est pas un avantage, quoique l'albumine ne soit pas précipitée.

J'ai fait alors d'autres solutions avec plus de soin et divisé chacune au 500° en trois parties afin d'être sûr qu'elles étaient exactement semblables. La première fut laissée telle quelle — elle est marquée p dans les tables ; à la deuxième, j'ajoutai 5 0/0 d'acide hydrochlorique — elle est marquée a ; à la troisième, 10 0/0 de chlorure de sodium — elle est marquée s.

Ces solutions furent alors essayées avec un nouveau bouillon et donnèrent un champ légèrement plus étendu par suite d'une différence dans le bouillon ou dans les solutions. Je constatai ainsi une grande diminution dans la valeur du bichlorure en présence de l'albumine et, si on tient compte que, dans bien des cas où on emploie l'antiseptique, il y a de 8 à 10 0/0 d'albumine, on ne peut

en attendre beaucoup de bien dans une dilution qui pourrait être mise en contact avec les tissus. Il y a cependant un degré de restriction montré par les nombreux astérisques de la table qui peut compter pour un bon résultat, quoi qu'il n'empêche pas totalement le développement. On remarquera que les résultats avec la solution pure sont les plus pauvres, et que ceux avec l'acide hydrochlorique sont de beaucoup les meilleurs. Je considère que ce résultat représente la valeur antiseptique de l'acide hydrochlorique plutôt que les bons effets de cet agent sur l'action du bichlorure.

Ces résultats concordent pleinement avec ceux obtenus par le Dr Ernest Laplace, de la Nouvelle-Orléans. sous la direction du professeur Koch, de Berlin, qui a employé de l'acide tartrique au lieu d'acide hydrochlorique, avec ceux de van Ermengem et avec ceux du Dr Bolton sous la direction du Dr Sternberg et publiés par l'*American public health Association*, pages 157 à 160. Les expériences ont été très différentes, mais la prédominance de la perte de pouvoir du bichlorure en présence de l'albumine est la même.

Mes observations cliniques sont d'accord également avec les résultats expérimentaux. Pendant les dernières années, je n'ai employé que la solution au 500e, quand je m'en suis servi comme antiseptique, et mes raisons pour agir ainsi étaient qu'elle ne semblait pas me donner le résultat que je poursuivais, si elle était employée avec moins de concentration, et que, même à ce degré de concentration, elle n'était pas un bon antipyque à moins que le lavage ne fût continué avec une grande quantité le solution.

On ne peut douter de l'efficacité du bichlorure de mercure en l'absence de l'albumine. Il doit, en conséquence, occuper la place qu'il mérite pour la désinfection des instruments et de la peau avant les opérations. Il faut cependant l'employer plus fort qu'on ne le fait généralement.

J'ai fait plusieurs essais avec l'huile de cassia ajoutée à l'albumine et tous les résultats coïncident pleinement avec les expériences dans le bouillon sans l'addition d'albumine ; avec cet agent la présence de l'albumine est sans conséquence.

Les expériences relatives aux effets de l'albumine sur l'acide phénique montrèrent une diminution de son champ d'action qui resta constante, mais si faible qu'on peut ne pas en tenir compte dans la pratique.

Je n'ai fait que peu d'essais avec ces agents comme désinfectants, encore ces essais ont-ils été bornés au bichlorure de mercure et à l'huile de cassia, mais tous mes efforts pour stériliser la salive avec le bichlorure de mercure sont demeurés impuissants. J'ai porté la concentration au 250me et j'en ai mis à intervalles pendant deux jours avec précaution dans des tubes de bouillon encore stériles ; mais dans chacun d'eux le développement se produisit aisément dans les vingt-quatre premières heures. La quantité d'albumine coagulée dans les tubes de salive, montre pleinement que l'addition de 5 0/0 d'albumine au bouillon est de beaucoup trop petit pour donner la véritable expression de l'effet de l'albumine quand on emploie cette substance dans la bouche, les abcès ou les blessures.

Ce résultat est d'accord avec les résultats du Dr Bolton (page 159, rapport de l'*American public heaeth Association*), dans lesquels une addition de 1 0/0 de bichlorure de mercure était nécessaire pour

produire la stérilisation du bouillon en présence de 10 0/0 d'albumine d'œuf.

L'huile de cassia dans toute sa force, solution ou émulsion, détruit rapidement tous les micro-organismes en l'absence de spores ; mais les spores du bacille B et de quelques autres résistèrent pendant longtemps.

Cependant mes expériences n'ont pas été suffisamment confirmées par répétition pour les considérer comme fournissant des données exactes.

(*Dental Review.*)

CORRESPONDANCE

A propos de la fondation d'une nouvelle Société nous recevons communication de la lettre suivante :

A Messieurs les membres du Comité d'organisation de la SOCIÉTÉ DE PRÉVOYANCE DES DENTISTES.

Je viens, pour la deuxième fois, de recevoir un avis invitant les membres de notre profession à se réunir pour aviser aux mesures à prendre pour fonder une nouvelle association des dentistes et réprimer quelques abus qui se seraient produits à l'Hôpital dentaire.

N'appartenant à aucun parti et ayant par cela même toute liberté de parole, je vous demanderai la permission de vous adresser quelques observations.

Il est, tout d'abord, fort regrettable, que dans vos deux circulaires vous ayiez gardé l'anonyme, car tout en pouvant trouver que vos observations peuvent être bien fondées, il est toujours nécessaire de savoir par qui elles sont formulées, avec quels collègues on aura l'honneur de se trouver et enfin quelle est l'autorité morale et professionnelle desdits collègues. Au lieu de cela vous vous érigez en une sorte de Conseil des Dix et il semblerait que ce soient les signatures de vos confrères qui doivent vous servir de drapeau ; je le répète, il y a là une lacune regrettable.

Il y a certainement beaucoup à faire encore pour relever entièrement notre profession, bien des abus à réprimer; je dirai même plus, il y a un certain nombre de confrères, indignes de ce nom, à mettre à l'index ; mais il faut pour cela-même que nous soyons tous bien d'accord, que nous sachions tous ce que nous voulons et enfin que nous n'ayons pour but que *l'intérêt général.*

Au demeurant, la situation se prête admirablement à servir votre cause, le Congrès qui doit s'ouvrir à la fin du mois vous permettra de demander, au grand jour, ce que vous semblez demander sous le manteau, et vous aurez, pour appuyer vos revendications, l'autorité incontestable d'une réunion de confrères, sans aucun esprit de parti et d'une impartialité absolue.

J'ai donc l'honneur de vous proposer de mettre votre réunion au moment des Congrès et d'y inviter non seulement vos adhérents

mais la profession tout entière, et là, au grand jour, nous discuterons nos intérêts ; il y a trop longtemps que nous vivons divisés.

Nous avons déjà deux associations ; croyez bien que, contrairement à la fable, ce ne sera pas la troisième qui sera pour aplanir les difficultés que nous rencontrons à chaque pas, il nous faut donc viser plus haut, chercher et obtenir une véritable fédération des dentistes de France (je voudrais pouvoir dire d'Europe).

C'est donc à tous que vous devez faire appel et grouper autour de vous les membres d'une profession digne à tous égards de la considération et de l'estime publiques.

D. Beauregard.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

PÉRIODIQUES — TRAVAUX ORIGINAUX

Zahnartzliches Worchenblatt (mai 1889.)

Hamecher. — Zun Studienpage. — La question des études Wessler. — Unangenehme Erscheinungen nach combinirten Cocain — Antipyrin — Injectionen am zahnfleische. — Symptômes fâcheux à la suite d'injections dans la gencive de cocaïne et d'antipyrine combinées. — Die heutige Ausbildung der deutschen Zahnärtzte. — L'instruction actuelle des médecins-dentistes allemands.

Schmey. — Die Inhalations — Anasthetica. — Les inhalations anesthésiques.

(juin 1889.)

Schmey. — Die Inhalations — Anasthetica. — L'anesthésie par inhalation.

Langsdorff. — Ein Alter Practiker ueber das Zahnarztliche Studium. — Remarques d'un vieux praticien sur les études dentaires. — Ueber einen Fall von Angioma ossficans in der Highmorshöhle. — Cas d'angiome ossifié dans le sinus maxillaire.

Blumm. — Die Inhalations — Anasthetica. — L'anesthésie par inhalation.

Ueber gutartige Geschwülste der Zunge. — Tumeurs bénignes de la langue.

Thoma. — Ueber eigenartige parasitare Organismen in den Epithelzellen der Carcinome. — Organimes parasites dans les cellules épithéliales du carcinome.

Zahntechnische Reform (mai 1889.)

Ein einheitlicher Stand. — Une situation particulière.

(juin 1889.)

Morsamann. — Der Abbott'sche Hammer. — Le maillet Abbott.
Eine schwierige Reparatur. — Réparation difficile.
Die Aufgaben der Zukunft. — Les devoirs de l'avenir.

Zahnarztliche Rundschau (mai)

Papsch. — Amalgam, seine Eigenschaften und Bearbeitung. L'amalgame, ses qualités, sa préparation.

VOL. 9. Paris, Septembre 1889 N° 9.

L'ODONTOLOGIE

EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1889

La Classe XIV. (Médecine et Chirurgie)

par M. P. DUBOIS

II

EXPOSITIONS PARTICULIÈRES DE DENTISTES

Nous délaisserons l'examen des pièces et appareils dont tout le mérite est dans le polissage exceptionnel ou l'incrustation de découpures métalliques. Certains de nos confrères, mécontents de ne pouvoir toujours accrocher à la porte de leur maison des tableaux-annonces, en ont envoyé le contenu au Champ de Mars. Je ne sais si ces exhibitions serviront leurs intérêts, mais comme elles ne profitent pas à l'art dentaire, nous pouvons les passer sous silence et nous occuper d'autre chose.

RESTAURATION FACIALE ET DES MAXILLAIRES

La restauration faciale et des maxillaires procède des mêmes principes que la prothèse dentaire proprement dite, mais la difficulté d'application est telle que jusqu'ici très peu l'ont abordée. Exercée exclusivement par quelques spécialistes, la majeure partie des dentistes ignorent sa technique et ses indications. C'est là une ignorance regrettable et les jeunes praticiens formés actuellement dans nos écoles dentaires feront bien de saisir, de rechercher même toutes les occasions de restauration faciale; l'humanité et la profession y gagneront.

Il y a quelques années, il n'existait dans notre littérature professionnelle que très peu de travaux guidant ceux qui voulaient tenter de remédier aux difformités de la face et des maxillaires. Quelques livres anglais et américains, quelques descriptions

d'appareils exécutés en France étaient les seuls conseillers du praticien.

Nous sommes heureux de constater qu'il n'en est plus ainsi : L'Odontologie a présenté à plusieurs reprises à ses lecteurs des appareils exécutés pour des malades de la clinique de l'Ecole Dentaire de Paris, ou pour des malades des hôpitaux.

La merveilleuse collection de moulages et d'appareils exposée par M. Martin, la nouvelle publication qu'il vient de faire (1), les explications orales qu'il a bien voulu nous donner nous permettront de revenir sur ce sujet et de donner une idée d'ensemble de la restauration faciale telle qu'elle est conçue et exécutée par notre distingué confrère de Lyon.

Nous ne parlerons pas des appareils pour fracture du maxillaire inférieur ; ils ont été décrits et figurés ici même et on pourra se reporter à la collection de l'*Odontologie* pour avoir tous les renseignements à cet égard.

Il y a quelques mois nous parlions de l'idée hardie de M. Martin pour aider le chirurgien dans ses tentatives de restauration de la face ; les moyens d'exécution de cette idée sont sous les yeux des visiteurs au Champ de Mars.

On sait à quelles indications répond la prothèse immédiate ; son auteur l'explique lui-même en ces termes à propos de l'état de choses résultant de la résection du maxillaire inférieur : « Les « parties osseuses restantes sont refoulées en dedans, sur les « côtés de la langue ; les parties molles du menton se ratatinent, « le menton devient petit, ridé, difforme ; la lèvre inférieure se « cache derrière les dents supérieures qui restent à découvert ; « la langue se meut difficilement ; la parole est pénible, peu com- « préhensible, la mastication nulle, la salive se perd et la déglu- « tition même est gênée ; forme et fonctions sont considérable- « ment détruites. » (*De la prothèse immédiate*, p. 1).

Afin de combattre la mutilation resultant de l'opération et des modifications post-opératoires que les résections des os de la face laissent après elles, M. Martin eût l'idée de remplacer immédiatement les parties enlevées par des appareils reproduisant leurs formes extérieures, sur lesquels le chirurgien

(1) De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires, par Claude Martin, Paris, Masson 1889.

suture ses lambeaux avec ou sans parties greffées. Ce simulacre d'os évite ainsi les rétractions cicatricielles, les affaissements de parties molles dont les conséquences sont énumérées plus haut.

On peut s'étonner que la réunion, que la cicatrisation s'opère au contact de ce corps étranger et que sa présence n'empêche pas, ou au moins ne retarde pas la guérison de la plaie. Les succès actuellement assez nombreux de M. Martin, le témoignage de M. le professeur Ollier, sont décisifs sur ce point.

« Est-il prudent de distendre une plaie cavitaire, ou au moins « de combler une plaie récente et anfractueuse par un corps « étranger qui pourra être l'occasion d'une irritation perma- « nente et d'une rétention septique ?...

« Dans les os sains, il est vraiment remarquable de voir « comment sont supportées les vis de platine qu on enfonce dans « la substance osseuse pour fixer l'appareil. C'est toujours sans « doute une question d'aseptie, et la propreté du foyer est la « condition du succès. Mais par la manière dont est confectionné « l'appareil, la détersion devient facile ; il suffit de faire des « lavages fréquents et méthodiques. » (*De la prothèse immédiate. Préface par M. le professeur Ollier, p. IV*).

Cela dit tout et dissipe les objections.

Comment doivent se construire les appareils de prothèse immédiate. Les renseignements les plus complets sont donnés dans l'ouvrage de M. Martin ; nous y renvoyons ceux qui voudront les appliquer, qu'il suffise de dire ici leurs dispositions essentielles.

Pour un appareil devant remplacer un os ou une partie d'os maxillaire inférieur par exemple, on procédera de la manière suivante :

On prendra modèle de la mâchoire supérieure afin d'avoir la courbure de l'arcade dentaire et des indications pour l'articulation ; on modèlera en cire un maxillaire inférieur se rapprochant par sa courbe et sa forme des dimensions approximatives de l'os ou de la partie d'os à réséquer, en le faisant (dans le dernier cas) plutôt plus grand dans le sens antéro-postérieur, de manière à ce que, si le chirurgien se voit obligé à des sacrifices plus étendus qu'il ne l'avait prévu tout d'abord, l'appareil prothétique ne soit pas plus court que la partie de maxillaire à

remplacer. Il sera toujours possible de sectionner le maxillaire artificiel au dernier moment s'il est trop grand.

Il peut être parfois difficile d'introduire et surtout de retirer un maxillaire avec ses branches montantes ; aussi est-il avantageux de faire l'appareil en plusieurs sections réunies par une plaque fixée par des vis.

L'aseptie et l'action non irritante ne pourraient s'obtenir avec un appareil n'assurant pas le nettoyage fréquent et facile ; des irrigations lavant et stérilisant l'appareil ainsi que les parties contiguës sont donc indispensables. Dans ce but, l'appareil doit être traversé par des canaux communiquant avec l'extérieur par un tube de caoutchouc placé au bord libre sur lequel on abouchera la canule d'une forte seringue. Il va de soi que ces appareils provisoires ne comportent pas de dents, une face triturante formée en caoutchouc par des moignons s'articule plus aisément, tout en permettant les modifications de la dernière minute. Si la résection est complète, on aura quelque chose approchant de l'appareil représenté par la figure 1.

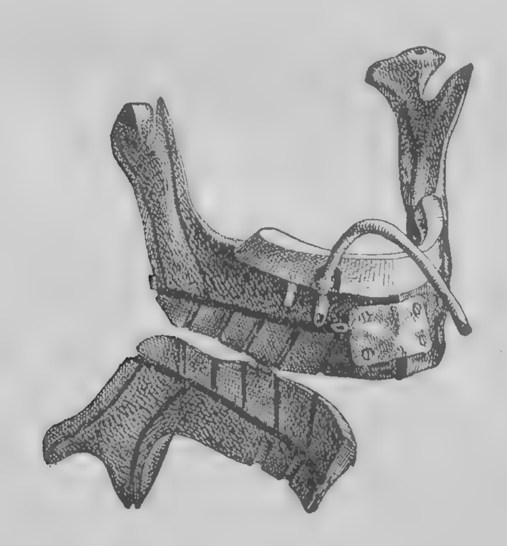


Figure I. — Maxillaire inférieur artificiel montrant la distributione des canaux d'irrigation ménagée dans son épaisseur. Une plaque réunit au centre le côté droit et le côté gauche, le moignon de la face triturante est distinct du corps de l'appareil.

L'appareil définitif dans le cas de résection du maxillaire, les branches montantes restant, aura une forme analogue à celui de la figure II.

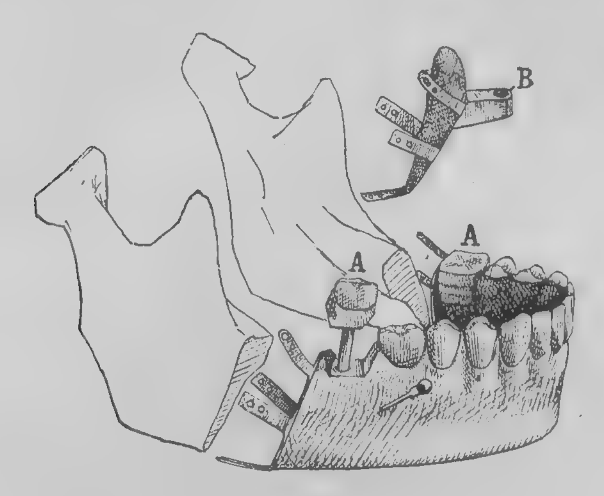


Figure II. — Montrant un maxillaire inférieur artificiel définitif. La pièce B sert à relier l'os à l'appareil.

On remarquera que la fixation s'obtient par des prolongements en platine destinés à recevoir des vis fixées dans l'os (côté externe). Une plaque palatine, reliée à la mâchoire inférieure par des ressorts de dentier, fournit des moyens accessoires de rétention.

Si l'os a été enlevé en entier, l'appareil reproduit dans ses grandes lignes la configuration de l'os : corps, branches montantes et condyles.

L'ablation de tout ou partie du maxillaire supérieur a des conséquences redoutables.

... On peut constater que l'os de la « pommette s'abaisse, en « se rapprochant du maxillaire du côté opposé, d'où résulte « naturellement un abaissement de l'œil et une déviation de la « face ; le maxillaire supérieur restant, n'étant plus soutenu, « tend lui-même à se porter en dedans, s'il n'est pourvu de « dents qui s'opposent à celles de la mâchoire inférieure. » (Martin, *De la prothèse immédiate,* p. 134.)

S'il est nécessaire que les appareils pour la mâchoire inférieure soient en deux parties afin de pouvoir être retirés quand

cela devient nécessaire — au moins pour leur substituer l'appareil définitif, — cela est plus impérieusement indiqué pour la mâchoire supérieure lorsqu'on a reconstitué les parties supérieures, l'apophyse malaire, la branche montante.

M. Martin rencontra dans ses premiers essais des difficultés considérables pour obtenir le déplacement. Il y a obvié avec une habileté mécanique que tous les dentistes admireront, et dont la figure III donnera une idée.

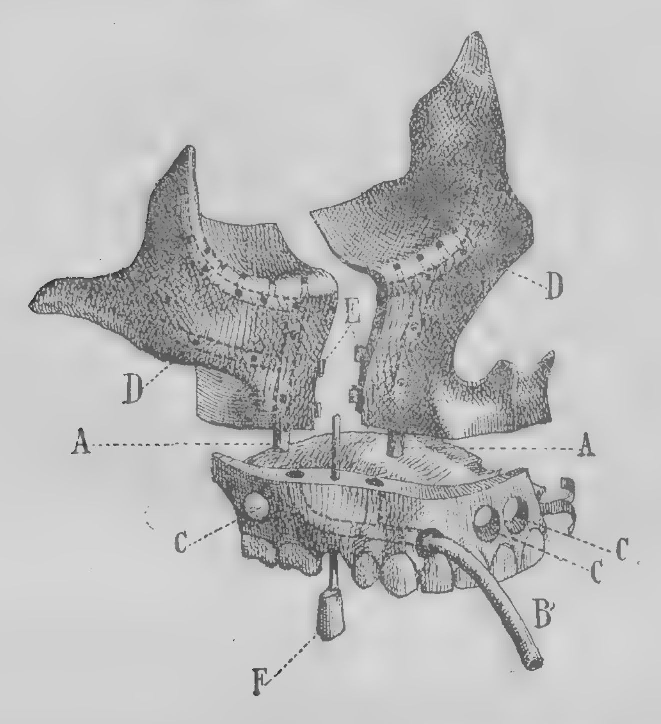


Figure III. — Montrant une moitié de maxillaire supérieur définitif (le provisoire a la même construction, mais il peut être un peu plus grossier). La prémolaire F a une tige pénétrant jusqu'à la charnière E; elle forme clef et commande la réunion des trois parties. Les lignes pointillées D indiquent le trajet des canaux d'irrigation

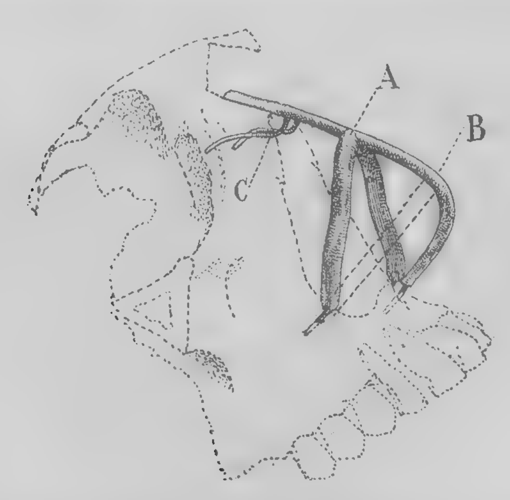
L'appareil est fait en trois parties : une inférieure ou voûte palatine et rebord alvéolaire, une médiane et une postérieure. Une charnière commandée par un pivot ajouté à la deuxième prémolaire et deux tubes creux suffisent à assurer l'union du tout et leur disposition au jour du remplacement de l'appareil primitif par le définitif.

Combien de temps peut rester cet appareil ? M. Martin dit : « Dans certains cas nous avons pu l'enlever au bout d'un mois, « tandis que dans d'autres la pièce prothétique est restée en « place dix-huit mois. Quoi qu'il en soit, elle ne doit pas être « enlevée avant que la cicatrisation se soit effectuée complète- « ment, ce qui nécessite le plus souvent un temps assez long. » *Loc. cit.* p. 148)

Pour la rhinoplastie la prothèse immédiate devait être non moins précieuse que pour la restauration des maxillaires, elle est même d'application plus facile. Sans support les lambeaux-greffés s'affaissent, et Létiévant disait au Congrès de Paris, en 1878 :

« La rhinoplastie est aujourd'hui sans faveur. Toutes les « méthodes, italienne, indienne ou autres sont mal vues quand « il s'agit de rhinoplastie totale (je ne parle que de celle-là), « tous les nez de différentes confections s'affaissent, s'écrasent.

« Vainement on fait appel aux lambeaux les plus puissam- « ment doublés, vainement on a cherché à reconstruire avec de « petites lamelles osseuses artistement découpées et soutenues « par un périoste plein d'espérance. Tous les nez se sont écrou- « lés ! entraînant sous leur couche tégumentaire si rétractile « leurs infidèles supports. » (*Létiévant in Martin, loc. cit.* p. 283.)



Eh bien ! ce support infidèle, quand il est constitué par de l'os greffé, M. Martin l'établit par une charpente en aluminium ou en platine comme celle qui est reproduite par la figure IV.

L'appareil est fixé par trois tiges entrant dans l'os sain qui a été perforé au préalable.

Les petits trous faits dans le tissu osseux, la pénétration des trois tiges, le contact du métal sont-ils sans inconvénients pour les tissus ? ne créent-ils pas des centres de nécrose pouvant entraîner des désordres ultérieurs ? Des observations multiples, le séjour d'un des appareils depuis plus de cinq ans semblent prouver le contraire.

On voit que, là encore, la prothèse vient au secours de la chirurgie de la manière la plus heureuse, grâce à la hardiesse et à la compétence de M. Martin.

L'habileté mécanique de notre distingué confrère s'est exercée dans d'autres directions et la prothèse palatine, entre autres, a été conçue par lui d'une manière originale.

Tous ceux qui ont pratiqué quelque peu la restauration faciale ou palatine savent combien il importe de faire creux pour alléger les appareils. Les moyens employés jusqu'ici étaient imparfaits et compliqués, celui de M. Martin est parfait et d'application facile, quand on s'est bien rendu compte du *modus faciendi* qui est exposé avec tous les détails techniques dans l'ouvrage précité (Voir *Prothèse immédiate*, p.383 et suiv.). Le procédé consiste à revêtir de dissolution de caoutchouc une masse de plâtre qu'on fait disparaître ensuite. La possibilité de faire du caoutchouc mou et creux est, pour la restauration de la face et des maxillaires, d'applications multiples. Grâce à cela M. Martin refait des langues, des lèvres, des renflements comblant les vides laissés par les pertes considérables de tissus, sans alourdir l'appareil, tout en lui donnant une sonorité facilitant la phonation ; afin de mieux assurer ce dernier résultat, notre confrère a poussé l'ingéniosité jusqu'à introduire dans ces poches creuses une petite quantité d'eau.

L'auteur de la *Prothèse immédiate* n'a pas été moins inventif et moins heureux pour la restauration du nez. Tous nos lecteurs connaissent le procédé classique pour faire tenir un nez artificie au moyen de lunettes : il est disgracieux et incommode. Lorsqu'il existe une perforation palatine, on peut en tirer parti comme l'a fait M. Gravollet (1), pour y faire passer une tige

(1) Voir *Aide Mémoire du Chirurgien Dentiste*, 1re édition, p. 185.

faisant une perforation avec un trocart sous la lèvre et en établissant une communication entre le sillon gingivo-labial et la cavité nasale, communication laissant passage à un support vertical attaché à une bande antérieure de l'appareil, comme celles qui servent aux redressements.

Le support vertical reçoit à sa partie supérieure deux tubes glissant l'un sur l'autre et assurant l'adaptation parfaite du nez artificiel sur les tissus voisins par le merveilleux mécanisme suivant. Le tube intérieur reçoit un ressort à boudin qu'on tend et qu'on fixe en amenant le tube extérieur jusqu'à un cran d'arrêt ménagé exprès; puis on déclanche le tube extérieur en pressant sur un petit bouton accessible à la partie inférieure du nez, le ressort et le nez reviennent en arrière, celui-ci s'applique exactement sur la peau en la comprimant même quelque peu. En plus, le nez est fixé sur le tube par une articulation à genouillère; ce mécanisme assure la mobilité, l'ajustement et la fixité support du nez. La perforation n'est pas constante, alors on n'a d'autre ressource que les lunettes. M. Martin s'en affranchit en tout en dissimulant complètement les moyens d'attache. M. Martin ne s'est pas seulement attaché à combiner un ingénieux mécanisme, mais encore à faire le nez lui-même d'une couleur et d'un aspect naturels. Après avoir essayé de toutes les matières utilisables dans ce but caoutchouc, métal peint ou émaillé, hippopotame, etc., il s'est fait céramiste.

Les membres du Congrès qui ont assisté à la démonstration que M. Martin a bien voulu faire pour eux ont pu se rendre compte de la perfection artistique qu'on peut atteindre avec la porcelaine.

Notre habile confrère est arrivé à faire aussi léger, aussi transparent que du Sèvres, tout en reproduisant les veinules, les différences de coloration de la peau.

Pour ce résultat, on fait d'abord une cage en platine mince, sur laquelle on applique la pâte, puis, la cuisson opérée, la platine est enlevée, pour ne laisser que la porcelaine, ayant à sa partie interne deux petites attaches pour le support métallique, décrit plus haut.

Ainsi, l'invention mécanique et le goût de l'artiste ont été mis à contribution par M. Martin, pour refaire aux mutilés des supports, des revêtements faciaux, approchant le plus possible de

l'aspect naturel, assurant assez bien le service physiologique à exécuter.

Qu'on compare les appareils que nous venons de décrire succintement avec ceux décrits dans les livres classiques, et on sera étonné du progrès considérable dont ils sont le signe.

Les travaux de M. Martin constituent un ensemble hors de comparaison, non seulement avec l'œuvre de ses concurrents actuels, mais encore avec ceux de Coles et de Kingsley, qui, jusqu'ici, faisaient autorité en la matière. Nous en sommes fiers pour notre pays. La démonstration spéciale que M. Martin a bien voulu faire sur notre demande devant les membres du Congrès Dentaire International a permis à nos confrères d'en juger, et tous ceux qui y ont assisté applaudiront comme nous à la haute distinction dont M. Martin vient d'être honoré en se voyant attribuer par le jury international la plus haute récompense : celle de Grand Prix.

En dehors de cette Exposition nous n'avons que peu à signaler de nouveau et d'original. Le voisin de vitrine de M. Martin, M. Préterre, a replacé à l'Exposition de 1889, les pièces et modèles qu'il avait fait déjà figurer aux Expositions de 1867 et de 1878.

Cela est plutôt fait pour éblouir le médecin et le client que pour obtenir les suffrages des gens compétents. (Nous avons constaté que certains des modèles de M. Préterre n'étaient pas des moulages pris dans la bouche et sur la face, mais des plâtres sculptés par d'habiles praticiens.)

Malgré cela, M. Préterre est un de ceux qui ont fait le plus de restaurations palatines ; s'il ne s'écarte que peu des types classiques il a une grande expérience et sa vitrine élégante ne manque pas d'intérêt historique.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Nos hôtes sont retournés dans leurs pays respectifs, les dentistes parisiens ont repris la besogne professionnelle quotidienne. Le Congrès dentaire international de Paris n'est plus qu'un souvenir dans l'esprit de ceux qui y ont participé.

Il est peu de faits de notre histoire corporative qui aient eu autant de retentissement et qui soient plus gros de conséquences. Ce Congrès était pour les dentistes français une occasion solennelle de montrer à leurs pairs, venus de tous les points du monde, ce que dix ans de travail avaient produit comme savoir, comme enseignement, comme organisation.

Eh bien, si nous en croyons les confidences de nos confrères les plus distingués, même de ceux qui ont assisté depuis vingt ans aux grandes réunions dentaires, notre Congrès a extraordinairement réussi Quel est le membre du Comité d'organisation qui n'a reçu à cet égard les félicitations de ses confrères ? Pour notre compte, nous n'avons pas recueilli une voix discordante, dans ce que nous avons appris directement, dans ce qu'on a bien voulu nous rapporter à titre d'écho.

Il se dégageait de cette grande réunion de dentistes, la plus nombreuse qui fût, un courant de sympathie, une bonne volonté de communication réciproque, un enthousiasme pour ceux qui ont pu faire quelque chose pour la profession qui électrisait les plus réfractaires.

On peut juger de cette bonne impression par les extraits suivants que nous puisons dans les lettres qui nous sont parvenues. Notre éminent confrère, M. Bonwill, nous écrivait de Lucerne il y a quelques jours :

« Vous avez tellement fait pour moi que je suis largement payé de ma visite et, par votre entremise, j'envoie mes sincères remerciements à tous ceux qui ont tant contribué à me faire honneur. Veuillez le dire à tous.

« ... Ce Congrès a ouvert un champ de travail des plus vastes. Pour ceux qui ont la faculté de travailler il n'a pas de limites.»

Une dépêche de Paris nous apprend que le Congrès dentaire international est terminé après des séances intéressantes et utiles Ce Congrès a été un succès qui a dépassé de beaucoup les espérances de ses plus chauds partisans.

Après l'étranger voici ce que dit un de nos distingués confrères de province, M. Dipparraguere, de Bordeaux :

« *Ayant rapporté la meilleure impression de notre Congrès... je me hâte de vous adresser mes chaleureuses félicitations. Veuillez me servir d'interprète pour féliciter aussi comme ils le méritent vos honorables collègues de la Commission d'organisation...*

« *A tous les points de vue nous sommes heureux d'avoir été conviés et d'avoir pris part à ces grandes assises.*

« *En ce qui me concerne, désirant manifester mon entière satisfaction, j'oserai dire presque mon enthousiasme, j'ai recours à votre obligeante intervention et vous prie de déposer en mon nom dans la caisse de l'Ecole Dentaire de Paris la modeste somme de cent francs que vous trouverez incluse.* »

On voit que le Congrès dentaire de Paris est à l'unisson de toutes les manifestations dont la France a été le théâtre en cette mémorable année 1889.

Nuls ne peuvent être plus heureux de ce succès que ceux qu ont pris l'initiative de la réunion et ont fait tous les sacrifices pour la faire réussir.

Afin d'achever l'œuvre il nous reste à publier les nombreuses et intéressantes communications faites dans les séances orales, les démonstrations opératoires et les présentations d'instruments aux séances cliniques, et à faire du compte rendu des travaux du Congrès un document qui fasse époque dans l'histoire de l'art.

Le Dental Review du 15 septembre que nous venons de recevoir publie les lignes suivantes :

Nous faisons appel au bon vouloir de tous pour le travail collectif.

P. Dubois.

Le Congrès dentaire de Paris a réuni près de quatre cents dentistes, dont deux cent vingt français et cent quatre-vingts étrangers.

Les nations étrangères suivantes y étaient représentées :

Angleterre, Allemagne, Alsace-Lorraine, Autriche-Hongrie, Belgique, Brésil, Danemark, Etats-Unis, Espagne, Cuba, Hollande, Grèce, Italie, Portugal, Pologne, République Argentine, Russie, Roumanie, Suisse, Suède et Norwège, Turquie.

Conformément à la décision adoptée par le Congrès dans sa séance du vendredi 6 septembre, confirmée par le voie de la commission d'organisation dans sa séance du T octobre, les rapporteurs de chaque section prient Messieurs les auteurs de communications de bien vouloir leur faire parvenir le texte de leurs communications ou l'exposé de leurs démonstrations ou présentations.

Ces rapporteurs sont pour la section d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques : M. Blocman 57, rue Rochechouart.

Thérapeutique, dentisterie opératoire et matière médicale : M. Dubois, 57, rue Rochechouart.

Prothèse et orthopédie dentaires : M. Saussine, 3, rue de l'Abbaye.

Déontologie et hygiène : M. Godon, 57, rue Rochechouart.

Clinique et présentation d'instruments : M. Chauvin, 57, rue Rochechouart.

Les membres qui n'ont pas reçu de médaille du Congrès son priés de s'adresser à M. Pourchet, 3, rue de l'Abbaye.

La Commission de publication ne s'étant pas encore réunie, nous nous voyons forcés d'ajourner au mois prochain le commencement de la publication du compte rendu des séances du Congrès.

RÉCEPTION DU MERCREDI 4 SEPTEMBRE

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

En l'honneur des membres du Congrès

Le mercredi 4 septembre, l'Ecole dentaire de Paris recevait les membres du Congrès Dentaire international. Dès 8 h. 1/2, l'hôtel de la rue Rochechouart présentait un aspect vraiment féerique. Du dehors, côté jardin, un éclairage *à giorno* illuminait les alentours de la rue Turgot. Du côté de la rue Rochechouart, par l'entrée principale, la cour, avec sa rampe de gaz, sa profusion de drapeaux étrangers et français et son abondance de fleurs, offrait aux regards un ensemble que nos confrères étrangers ont bien voulu qualifier de merveilleux. A l'intérieur la salle de clinique splendidement décorée pour la circonstance, était entièrement tendue de draperies et ornée des drapeaux des différentes nations qui avaient bien voulu répondre à notre appel.

Par les soins des organisateurs, la salle qui est affectée à l'examen des malades avait été transformée en véritable serre. Les commissaires, avec leurs insignes, tous pris parmi nos dévoués démonstrateurs, s'occupaient de faire les honneurs de l'intérieur de l'établissement à nos hôtes.

M. Lecaudey, *directeur de l'Ecole et président honoraire du Congrès*, entouré des président et vice-présidents de l'Association des dentistes de France, recevait les congressistes avec une amabilité qui lui aurait gagné tous les cœurs si la chose n'eût été faite depuis longtemps.

Tous nos invités s'étaient répandus dans le jardin dont ils admiraient les illuminations et les décorations. Les salles, le jardin et la cour avaient été garnis avec les magnifiques plantes sortant des serres de la Ville de Paris. A 9 heures, M. Lecaudey, entouré de la direction de l'Ecole, pénètre dans la salle de clinique, au son de la marche turque exécutée par un orchestre habilement dirigé par M. Chaudiot.

A la suite de M. Lecaudey tous les congressistes entrent dans la salle. L'orchestre exécute alors la *Marseillaise*. Notre hymne national salué par des trépignements enthousiastes est redemandé ; tous nos confrères étrangers accompagnent ce magnifique chant. Après l'exécution M. Lecaudey prend la parole. En termes émus, il rappelle les travaux préparatoires de la commission du Congrès, l'empressement des étrangers et de nos confrères de province à répondre à notre appel, et les témoignages de

sympathie dont ils nous ont comblés. Il boit à l'union de tous les peuples dans la science et à tous les congressistes. Inutile de dire que le toast du vénéré directeur de l'Ecole est salué par de vigoureux applaudissements. Le silence rétabli, l'orchestre attaque le chant national américain.

M. Blocmann prononce ces paroles au milieu du plus profond silence : « Mes chers confrères des Etats Unis, vous ne doutez pas du bonheur que nous avons à vous recevoir parmi nous, vous êtes nos aînés, vous nous avez montré le chemin dans la voie du progrès professionnel, et nous sommes fiers aujourd'hui de mettre sous vos yeux, sous les yeux des dentistes du monde entier, les progrès accomplis par la science française. Au nom des congressistes, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, je bois aux Etats-Unis et à ses représentants parmi nous. » (Applaudissements prolongés. Cris de : Vive l'Amérique.)

M. Michaels, qui s'exprime très facilement en français, au nom des Américains présents à cette fête remercie les organisasateurs du Congrès et l'Ecole dentaire de Paris de la réception faite à ses compatriotes. « Il m'a été facile, depuis longtemps, dit-il, de pouvoir apprécier la valeur de l'hospitalité française. En remerciant M. Blocmann du toast porté à mon pays, je remplis un devoir qui m'est bien agréable. La France est maintenant au niveau des Etats-Unis d'Amérique, grâce aux efforts des deux Ecoles dentaires de Paris; je souhaite de les voir réunies pour un effort commun, puisque l'une et l'autre ont un but commun! Au nom des Américains venus pour le Congrès, au nom de la Colonie dentaire américaine, je bois à la France, au Congrès et à l'Ecole dentaire de Paris, qui nous reçoit, ce soir, chez elle. (Longs applaudissements.) Mais l'orchestre vient de faire entendre les premières notes du *God Save the Queen*, le silence se fait profond, et c'est avec le recueillement qui convient que s'achève l'hymne national anglais. »

Alors M. Dubois prend la parole. Il rappelle le voyage de la délégation française à Brighton, la gracieuse hospitalité des dentistes anglais. Il boit à l'Angleterre, à sir J. Tomes et à la délégation anglaise au Congrès de Paris.

Une tempête d'applaudissements accueille comme d'habitude notre dévoué confrère.

L'orchestre y coupe court et le *God Save the Queen* recommence avant que les délégués anglais aient eu le temps de prendre la parole.

Le silence rétabli, en fort bons termes ils boivent à la France à l'hospitalité française et au Congrès qui nous réunit tous. (Applaudissements enthousiastes.)

M. Ch. Godon porte un toast à l'Autriche-Hongrie et à tous les pays de langue allemande. Il dit que la science n'a pas de frontière. Il félicite nos amis les Austro-Hongrois de la part

effective qu'ils ont prise au Congrès, de l'appui qu'ils ont apporté à la France. « Je bois, dit-il à l'union de tous les peuples, au moins sur le terrain scientifique. » Comme cet « au moins » est mélancolique dans la bouche de Godon. Il dirait plus volontiers : Il n'y a plus de frontières, que : La science n'a pas de frontières. Godon devance son siècle, l'allusion n'en est pas moins comprise de tout le monde, et les longs applaudissements qui saluent son discours lui prouvent qu'il a trouvé de l'écho dans notre réunion et que tous les cœurs battent a l'unisson du sien.

M. le Dr Joh. Franck, de Vienne, remercie en paroles chaleureuses M. Godon du toast qu'il vient de porter et les dentistes français de la cordiale réception qu'ils ont organisée pour les dentistes étrangers. « Dans mon pays, dit-il, on appelle la France le pays de la lumière. Pas une seule personne tant soit peu intelligente qui ne place votre pays au premier rang de ses affections. » Il porte un toast à la France, à ses confrères français, et au progrès de la science dentaire qui nous tient également au cœur. (Des applaudissements enthousiastes saluent la péroraison du discours de M. Franck, qui a remporté dans notre langue un véritable succès oratoire.)

Puis on entend l'hymne russe, le silence se rétablit comme par enchantement. Comment exprimer l'enthousiasme qui soulève la salle à la fin du morceau? C'est difficile Les hourras pour les Russes, les cris : Vive la Russie ! se succèdent sans interruption.

M. Poinsot, au nom de tous, salue la Russie et dit que, malgré la distance nos amis ont voulu participer en grand nombre au Congrès de Paris. Le sympathique accueil pour tout ce qui porte un nom français en Russie est connu de nous, et nous sommes heureux de le dire publiquement aux représentants de la Russie parmi nous.

M. Michaels, de Moscou, répond : « Aux paroles chaleureuses qui nous sont adressées, et à l'expression des sympathies de la nation française pour la Russie, je répondrai qu'il est peu de pays au monde où la France et les Français soient plus aimés qu'en Russie. Cette amitié s'augmente chaque jour et les liens entre les deux peuples sont indissolubles. Je bois à Paris, à la France, au Congrès qui nous a réunis et à l'Ecole dentaire. » L'émotion produite par ces paroles est à peine calmée que M. Michaëls reprend la parole pour remercier les femmes des congressistes français et étrangers qui ont bien voulu égayer de leur présence cette réunion confraternelle. Les applaudissements qui saluent l'orateur lui prouvent qu'il a été l'écho fidèle des sentiments de l'assemblée.

Le chant national espagnol se fait entendre, il est salué par d'unanimes applaudissements. M. Papot se fait l'interprète de ses collègues en saluant la nation espagnole. En forts bons termes il dit l'amitié qui unit les deux nations, l'intérêt avec lequel la France suit les efforts de l'Espagne pour le relèvement pro-

fessionnel. Il lève son verre à l'Espagne et aux congressistes espagnols. (Mon cher collègue, je souhaite que vous mettiez à l'avenir moins de modestie à prendre, le cas échant, la parole en public; les applaudissements qui ont souligné quelques mots heureux vous prouvent combien votre toast a été goûté.)

M. Tralléro répond qu'après son pays, l'Espagne possède une deuxième patrie qu'il aime jusqu'à l'égal de la sienne : c'est la France. Comme Espagnol, il aime et admire la France Il se souvient qu'il est diplômé de l'Ecole dentaire de Paris, qui par son enseignement lui a rendu des services inappréciables. Il porte un toast à la France, à l'Ecole dentaire de Paris, au Congrès et aux dentistes français. Toutes les mains se tendent vers M. Tralléro qui est chaudement acclamé.

M. Gravollet lève son verre à la Norwège et aux pays scandinaves. Il rappelle que le délégué de la Norwège est un de nos plus dévoués professeurs. M. Heidé, qui a conquis ses grades au concours, après avoir brillamment enlevé le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris,

M. Heidé répond qu'il est heureux et fier de représenter officiellement son pays au Congrès de Paris. Il apprécie mieux que personne l'hospitalité française et la cordialité qu'il a toujours rencontrée parmi ses collègues français de l'Ecole dentaire. « Je suis, dit-il, l'insuffisant interprète des sentiments de mon pays en disant que nous aimons et admirons la France de tout notre cœur. Aussi c'est avec le plus grand enthousiasme que je crie et vous invite à crier avec moi : Vive la France. »

Je me suis attaché dans ce compte rendu à suivre l'ordre adopté, c'est-à-dire l'ordre d'adhésion des nations au Congrès.

Pourtant je m'en suis un peu écarté, voici pourquoi : les toasts qui ont salué l'Italie, la Belgique, la Suisse, la Pologne ont été portés à notre fête par l'organe peu autorisé de votre serviteur. A l'Italie, la Suisse et la Pologne parce que j'y compte de nombreux amis et confrères ; à la Belgique parce que c'est en ce pays que j'ai puisé les premières notions de notre art. Il m'aurait répugné d'en parler, n'étaient les réponses des délégués des nations citées plus haut.

L'Italie, aux paroles de bienvenue qui lui sont adressées, répond par l'organe de MM. Alfredo Francia et Vincenso Guérini, de Naples, que l'amitié du peuple italien pour la France a su résister au courant contraire qui lui vient d'en haut. Le peuple, et toutes les manifestations francophiles le prouvent, n'oublie pas la part que la France a prise à l'indépendance de l'Italie, non plus que la France n'oublie que des Italiens sont morts pour elle en 1870 sous le commandement de Garibaldi. Ils boivent à l'union des races latines et terminent leur discours au cri de : Vive la France ! auxquels répondent les cris répétés de : Vive l'Italie ! L'orchestre joue le chant national italien et la marche de Garibaldi. MM. Francia et Guérini sont l'objet d'une chaleureuse ovation.

Pour la Suisse, M. Redard fatigué n'assistait pas à notre fête ; aussi a-t il vivement regretté de ne pouvoir répondre au toast qui a été porté à son pays. Un de ses compatriotes, M. Jeanneret, je crois, a répondu que la sympathie des Suisses pour la France était trop connue pour que les démonstrations pussent apprendre quelque chose à cet égard. Il rapelle avec quelle cordialité les délégués suisses de toutes les professions ont été reçus à Paris. Ils ont emporté dans leur pays un touchant souvenir de l'hospitalité française. La réception de ce soir n'est pas de nature à effacer cette impression la délégation suisse emportera de ses confrères français un souvenir que rien n'effacera. Il porte un toast à la France qui, après comme avant ses malheurs, est toujours la Grande Nation.

M. Delapierre répond pour la Belgique et au nom de la Société odontologique de Bruxelles au toast qui leur a été porté M. Delapierre est Français, il habite Bruxelles depuis longtemps. Il a eu le temps d'apprécier la franchise et la cordialité qu'il a toujours rencontrées dans sa seconde patrie pour les Français. Aussi, dans son cœur, a-t-il toujours associé la France et la Belgique. « Comme Belge d'adoption, dit-il, je remercie la France de sa réception, comme Français je suis heureux de voir les Belges accueillis en France avec une si franche amitié Je bois à l'union de la France et de la Belgique, aux dentistes français et étrangers. » (Longs applaudissements).

A la suite du toast porté à la Pologne, les Polonais présents ont fait une touchante manifestation. Ils ont demandé *la Marseillaise* aux cris de : vive la France ! L'un d'eux a rappelé que l'Ecole Dentaire de Paris avait déjà donné l'instruction professionnelle à plusieurs Polonais ou Polonaises. Une dame dentiste, Polonaise, a joint son toast à celui du précédent orateur et a dit le profond amour de la Pologne pour la France.

Après un toast porté aux organisateurs du Congrès et principalement au président, M. Gaillard, aux vice-présidents, MM Poinsot et Saussine, au secrétaire général M. Pourchet, la série des toasts a été clôturée.

Nous devons pourtant parler d'une ovation qui a vivement ému toute l'assistance. M. Bonwill qui n'assistait pas au commencement de la soirée venait d'entrer dans la salle au moment où l'on portait les derniers toasts. Aussitôt entouré de la plupart des dentistes présents français et étrangers qui tenaient à prouver leur sympathie au vénérable et vaillant champion de l'art et de la science dentaire, on le prie vivement de dire quelques mots. Il cède aux vives instances de ses collègues et s'exprime à peu près en ces termes :

« Je suis heureux d'être venu en France pour faire part à mes collègues de ce qu'une longue expérience m'a appris et pour profiter de ce que mes confrères peuvent apporter de nouveau à la science dentaire : la France et l'Amérique sont maintenant au même niveau. Si chez nous certaines coses sont préfé-

rables, vous avez l'avantage sur d'autres. Les choses s'équivalent.

Pourtant, je puis le dire, la France seule a le don de passionner le monde. J'ai assisté à beaucoup de congrès nationaux et internationaux, jamais je n'ai constaté une telle affluence de dentistes, jamais un tel enthousiasme. On est venu à Paris de tous les points du monde pour assister à votre Congrès et, je dois le dire, le succès a dépassé les espérances les plus optimistes. La fête de ce soir, et la cordialité avec laquelle nous sommes reçus ne sortiront ni de notre cœur ni de notre mémoire. »

M. Bonwill qui est connu du monde entier par ses travaux et ses inventions, qui est un vétéran de la profession, avait peine à contenir son émotion. Après son discours, l'enthousiasme atteignit de telles proportions que, malgré ses protestations, il a été littéralement porté en triomphe.

Est-il nécessaire pour terminer, de féliciter les organisateurs de la soirée? Ce que nous pouvons dire ne saurait approcher des éloges mérités. Les commissaires ont su tout prévoir pendant la fête. Mais je ne puis, malgré mon désir de n'offenser aucune modestie, résister au plaisir d'adresser les compliments les plus sincères et les plus flatteurs à MM. Papot, Prével et Gravollet. Ils ont assumé la responsabilité de tous les détails de la fête. Décoration des salles, fleurs, lumières, illuminations de la cour et du jardin, trophées, drapeaux, rien n'a été oublié. Et quel goût! Tout était prêt sans une minute de retard. Ceux qui connaissent Papot, Prevel et Gravollet n'en seront pas étonnés. Je n'ai pas parlé du buffet; vous pensez peut-être que je l'oublie, oh! que non pas! Si vous voulez avoir une bonne appréciation de toutes les choses savoureuses qu'on nous a servies, demandez aux assistants; qu'il vous suffise de savoir que le champagne a coulé à flots, et qu'on ne s'est séparé qu'à une heure et demie du matin.

J.-Richard Chauvin.

M. le professeur Michaëls se rappelle au bon et confraternel souvenir de MM. les membres du Congrès dentaire qui ont bien voulu assister à sa soirée le 5 septembre, et les remercie des témoignages de sympathies qui lui ont été exprimés. Il leur adresse ses plus chaleureux remerciements et leur dit : Au revoir.

REVUE DE L'ETRANGER

RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DENTAIRE BRITANNIQUE EN 1889

La 9e réunion annuelle de cette Association a été tenue à Brighton les 21, 22, 23 et 24 août et a été un grand succès. Les séances ont

lieu au *Royal Pavilion* aménagé pour la circonstance par les soins et aux frais du corps professionnel de la ville.

L'intérêt de la réunion était particulièrement augmenté par la présence de sir John Tomes, du Dr Bonwill, de Philadelphie; et par une députation de dentistes français distingués, MM. Dubois, Godon et Ronnet, tous les trois du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris. M. Dubois est en outre président de la Société d'odontologie de Paris et directeur de l'*Odontologie* et M. Godon est directeur-adjoint de l'Ecole dentaire de Paris.

Après le discours du président, M. S. Lee Rymer commença la lecture des communications suivantes qui remplit les séances des 22 et 23 :

L'emploi de l'éther sulfurique comme anesthésique dans les opérations dentaires, par le Dr F. R. Cruise, de Dublin ;

Le chloroforme, par M. Bowsman-Macleod, d'Edimbourg ;

Quelques mélanges anesthésiques avec mention spéciale de ceux qui sont employés en chirurgie dentaire, par le Dr Frederick Hewith, de Cantab ;

Recherches récentes sur la narcose au protoxyde d'azote et leur rapport avec la question pratique : quand et comment le gaz hilarant doit-il être administré ? par le Dr Dudley Wilmot Buxton ;

Comparaison entre les dents des mammifères tertiaires et des mammifères actuels, par M. John Humphreys ;

Pièces en vulcanite, par M. J. H. Reinhardt ;

L'implantation, par le Dr Cunningham ;

L'iodoforme, son action et son emploi en chirurgie dentaire, par M. R. Denison Pedley.

Le banquet annuel eut lieu le vendredi 23, à sept heures, sous la présidence de M. J. Dennant. De nombreux toasts furent portés à l'Association dentaire britannique, au Corps médical, au maire et à la corporation de Brighton, aux commissaires de Hove, à la Caisse de secours des dentistes, à la presse, aux visiteurs, par M. Félix Weiss — auquel répondirent MM. Hayman, Dubois et Bonwill — enfin, au président.

Le samedi 24, des démonstrations furent faites à l'hôpital dentaire de Brighton et au *Pavilion*.

Les communications sur les anesthésiques ont donné lieu à une longue discussion que nous croyons devoir reproduire en la résumant.

M. Bailey. — Ce n'est pas la peine de courir le risque d'une maladie pour une anesthésie de 30 ou 40 secondes en se servant de l'éther, puisqu'on peut en obtenir une aussi longue en employant simplement du protoxyde d'azote. Je ne pense pas qu'il faille ausculter le cœur, car si on découvre quelque dérangement, cela rend le patient plus nerveux. Le Dr Buxton dit qu'on peut employer le protoxyde avec une maladie de cœur. Pour ma part, j'ai eu pendant de longues années une patiente qui ne voulait pas consentir à une extraction parce qu'elle avait une maladie de cœur. Je lui dis qu'on ne pourrait extraire la dent sans protoxyde, car elle mourrait sûrement. A la fin, la dent fut extraite ; mais, trois semaines après, la personne mourut subitement. Certainement, si elle était morte pendant l'anesthésie, on s'en serait pris au protoxyde.

L'appareil du Dr Cruise suffoque, car il ne peut empêcher la masse de l'éther d'envahir à la fois les poumons. L'appareil de

Clover ne suffoque pas et l'administration est aussi aisée et heureuse que possible. Je suis sûr que mes amis, partisans de l'anesthésie, ne donneraient jamais 4 onces d'éther pour une dent ; pour prolonger l'anesthésie de 45 à 60 secondes, il ne leur faudrait certainement pas plus d'une demi-once.

Je suis surpris d'apprendre que l'éther est si apprécié parce qu'il permet d'arracher une dent et que le patient peut faire quelque chose au bout d'une demi-heure.

Au point de vue de la maladie, on ne doit pas dire que l'éther est meilleur que le chloroforme. Je suis sûr qu'il stimule le cœur, mais qu'il peut paralyser la respiration ; il produirait certainement une syncope du cœur. M. Clover, sur 5,000 cas de chloroforme, n'a enregistré que 2 décès, tandis qu'avec l'éther, il pense qu'il n'y a qu'un décès sur 25,000 cas. Mais on n'a jamais cité de mort causée par le protoxyde d'azote, quoique je connaisse 250,000 cas dans lesquels on l'a employé Les résultats donnes par la commission d'Hyderabad contredisent tous les essais d'ici.

M. West. — Je ne l'ai indiqué que comme un réconfortant.

M. Coffin. — L'administration d'un gaz sous une certaine pression, comme dans la méthode Hewitt, est la meilleure sauvegarde contre la pénétration de l'air, ce qui est une grande chose à éviter. Il peut y avoir maladie avec presque tous les anesthésiques.

M. Spokes. — De temps en temps les patients qui sortent de l'anesthésie déclarent qu'il leur a semblé être bien près de la folie. On peut donc se demander, s'il est raisonnable de donner des doses d'anesthésiques.

M. S.-J. Hutchinson. — Les anesthésiques qui produisent une anesthésie complète donnent au patient la plus petite incommodité possible pendant et après l'opération, et ceux qui sont les plus sûrs doivent être préférés. Je suis certain que le protoxyde d'azote qui admet une soupape libre pour l'expiration est le plus agréable pour le patient. En l'additionnant d'un peu d'éther on prolonge l'anesthésie jusqu'à un certain degré, mais presque tous ceux qui ont essayé ce mélange constatent qu'il cause très fréquemment une maladie après, et c'est là un symptôme désagréable qui se produit rarement avec le protoxyde seul. Il est important, quand on administre l'anesthésique, que les femmes quittent leur corset et que tous leurs vêtements soient absolument lâches. Il convient de visiter les patients chez eux pour que, après l'opération, ils puissent rester au lit jusqu'à rétablissement. Pour le chloroforme, c'est l'appareil de M. Clover qui ne permet que l'administration de 4 0[0, qui convient le mieux. Bien des opérateurs préfèrent le matin de bonne heure avant le premier déjeuner pour l'administration du chloroforme, comme le meilleur moment, mais mes succès ont été plus grands en opérant de midi 1[2 à 1 heure, juste avant déjeuner. Je suis sûr que la réputation faite quelquefois au protoxyde de rendre les patients malades est due entièrement à ce fait qu'ils avalent du sang.

Il ne faut employer le chloroforme que quand la bouche est ouverte par le bâillon pour l'extraction de dents de sagesse difficiles ou pour des opérations qui dureraient au delà du temps possible avec le protoxyde. Je ne crois pas qu'on ait besoin d'un anesthésique quelconque pour extraire 16 ou 17 dents de suite parce que le nombre de dents que permet d'extraire le protoxyde est aussi grand qu'un patient est capable de le supporter.

M. le docteur Stack. — Les dentistes doivent employer tous les anesthésiques, car le protoxyde n'est pas un agent sur lequel on puisse compter pour extraire même une dent difficile. En présence d'une couronne mal cassée ou de tout autre cas où il faut chercher les racines, une inhalation de ce gaz n'est bien des fois pas suffisante pour achever l'opération. Si on a recours à une seconde inhalation, on emploie un agent tout à fait différent du premier parce que le gaz est alors mélangé à l'air atmosphérique et l'action de ce mélange est différente de l'action du protoxyde seul. Il y a eu d'ailleurs plusieurs cas de mort qui ne lui sont peut-être pas dûs mais qui le sont certainement à son emploi. Il est manifeste qu'il provoque un grave changement dans le sang et il peut même causer chez les enfants une tendance à l'anémie. Un grand argument contre cet agent c'est qu'il ne convient pas à une opération qui n'est pas d'une nature simple.

Le mélange préparé par le Dr Hewitt me semble très bon, mais une erreur peut avoir été commise dans l'air donné avec le protoxyde. J'ai moi-même recouru à l'anesthésie au protoxyde pour une opération de 40 minutes et il m'a fallu de l'air.

En résumé la note du Dr Buxton montre que le protoxyde est un anesthésique pur exempt d'asphyxie. Si on en meurt, ce n'est pas par l'asphyxie.

M. Coffin. — L'intérêt principal de la discussion est dans la communication du Dr Hewitt, car l'adjonction d'un huitième d'oxygène ouvre presque une ère nouvelle aux essais avec le protoxyde. Comment, quand celui-ci est donné par la pression, l'opérateur est-il sûr que la quantité qu'il a dans le récipient a été réellement administrée au patient, ou comment sait-il ce qui a été perdu par l'excès de pression? Il est quelque peu erroné de dire que l'addition a eu lieu au moyen de la pression intrathoracique, car il est impossible qu'une pression additionnelle quelconque existe réellement dans les poumons dans des circonstances anormales d'anesthésie. On peut concevoir une aspiration, mais je ne vois pas comment la contraction naturelle des muscles du thorax peut se produire, s'il y a réellement une pression. Le Dr Hewitt a quelque peu exagéré les difficultés de la transition de l'administration préalable du protoxyde à l'administration de l'éther, transition que le Dr Bailey considère comme simple. Si le mélange du Dr Hewitt pouvait être employé sans symptômes d'asphyxie et si on pouvait prolonger presque indéfiniment son administration initiale, ce serait là un anesthésique précieux.

M. West. — Le protoxyde a des qualités incontestables pour les opérations légères. J'ai employé l'éther occasionnellement, mais dans un cas ou deux il ne m'a pas réussi : dans l'un, c'était 40 minutes avant la narcose complète, dans l'autre, la patiente montra tellement de crainte de la mort que ce fut tout à fait insupportable pour le médecin qui était présent. Fréquemment j'emploie le chloroforme, notamment au *German Hospital* de Londres, pour de graves opérations chirurgicales durant de 2 à 4 heures, et dans ma pratique il me donne toujours de bons résultats. Je me sers simplement d'un fil de fer recourbé recouvert de flanelle, moyen qui, bien entendu, laisse passer beaucoup d'air. On doit s'efforcer d'obtenir une position horizontale parfaite car, quoique ce soit incommode pour l'opérateur, avec une petite habitude on surmontera la difficulté, surtout si on s'occupe d'abord des dents inférieures.

Je m'étonne qu'on parle si peu du nitrite d'amyl dans lequel j'ai la plus grande confiance comme reconfortant. Une expérience que j'ai faite sur un chien endormi au chloroforme et donnant des signes de collapsus m'a prouvé sa valeur, bien supérieure à la respiration artificielle.

M. Spokes — J'emploie les anesthésiques depuis 19 ou 20 ans et le chloroforme en est un excellent quoique malheureusement les cas de mort soient plus nombreux avec lui qu'avec tout autre; il est plus maniable, se donne en faible quantité et s'administre plus facilement Néanmoins je ne veux pas justifier son usage en art dentaire excepté dans les rares cas où il est nécessaire pour obtenir le relâchement total des tissus musculaires, par exemple quand on extrait des dents de sagesse cariées.

L'éther est un excellent agent, mélangé au protoxyde, mais, pour les cas habituels en dentisterie, on doit se borner uniquement au second, avec une faible addition du premier à l'occasion. J'ai l'habitude de donner à un patient deux ou trois inhalations de protoxyde si besoin est, le même jour, à cinq minutes d'intervalle ou de repos.

Quand on recourt à l'anesthésie ordinaire en dentisterie, la principale chose c'est que le masque s'adapte exactement pour empêcher la pénétration de l'air ambiant et qu'on produise la narcose aussi vite que possible avant que l'asphyxie ait la possibilité de s'étendre à une limite marquée. L'éther peut avantageusement être mélangé dans certains cas au protoxyde et, si la quantité est suffisante, on prolonge sensiblement l'anesthésie.

M. le Président. — Le Dr Richardson a introduit le nitrite d'amyle au *National dental Hospital*, il y a plus de vingt-cinq ans, en ma présence; cette expérience ne fut pas heureuse et celles qui l'ont suivie l'ont convaincu que ce n'est pas un agent sûr pour l'espèce humaine. Il se peut qu'il ait un effet différent sur les animaux.

L'éther est, de tous les anesthésiques, le plus propre à produire la maladie; mais c'est un stimulant, et il s'administre dans la position verticale. Les morts qui lui sont attribuées proviennent, pour la plupart, de la maladresse des opérateurs qui n'en connaissent pas l'administration et ne donnent pas suffisamment d'air au patient. Quoi qu'il en soit, il a une mortalité moindre que le chloroforme, mais il ne s'ensuit pas qu'il ne fasse pas de mal. Ce n'est pas la seule maladie sur le moment qui constitue tout le danger, mais l'éther peut faire beaucoup de mal quand il est administré à un vieillard qui ne peut le supporter. De 16 ou 17 ans à 60 ou à peu près, l'éther semble bien plus sûr que le chloroforme au point de vue de la mortalité. Mais il ne réussit pas chez les grands buveurs et alors le chloroforme a un effet magique : c'est pour cela que nos amis écossais préfèrent le chloroforme. L'éther est utile dans les opérations dentaires dans lesquelles une inhalation de protoxyde ne suffit pas. Il donne suffisamment le temps de faire tout ce dont on a besoin sans que l'opérateur ait à redouter d'issue fatale. Le patient peut également être placé dans toute position sans crainte de syncope. J'emploie le chloroforme pour mes enfants de préférence à tout autre anesthésique. Bien des gens regardent avec terreur le masque qu'on emploie pour administrer le protoxyde. Le chloroforme peut aussi utilement précéder l'éther en empêchant les spasmes de la gorge. Le bi-chlo-

rure de méthyene n'est pas un meilleur anesthésique que le chloroforme.

M. Vanderpant. — J'emploie le protoxyde depuis 1868, époque où il a été importé ici d'Amérique. Le meilleur moment pour l'administrer, c'est deux heures après les repas. Un alcoolique auquel j'en ai administré n'éprouva aucun mauvais effet. Quelquefois il se produit des symptômes qui irritent l'opérateur. Une tasse de thé bien fort a un effet salutaire sur le patient.

M. le Dr Bonwill. — Mes expériences ont porté sur la respiration rapide comme moyen d'annihiler la douleur. Il a été prouvé par expérience que la respiration rapide pendant une minute antérieurement à l'administration du protoxyde, du chloroforme, de l'éther, réduit la quantité nécessaire et diminue la chance d'asphyxie. Je ne pense pas que le mélange de protoxyde et d'oxygène du Dr Hewitt produise l'anesthésie parfaite. En expérimentant le chloroforme, j'ai trouvé que je pouvais opérer sur moi même en détruisant la douleur, mais en augmentant les sensations du toucher et de l'ouïe : l'instrument que j'employais me semblait être un hoyau et la cavité un énorme panier. Un jour, en enlevant un nerf, je fis grand mal au patient et j'eus recours à la respiration rapide. L'idée me vint immédiatement que c'était là l'anesthésie naturelle et, depuis 28 ans, je m'en sers uniquement pour excaver les dentines sensibles, car je n'ai pas de raison d'employer d'anesthésique. Cela me conduisit, seize ans plus tard, à penser qu'en prenant simplement de l'air ordinaire et en portant le nombre des respirations de 20 à 100, si je pouvais empêcher le cœur de correspondre au nombre de respirations, je pourrais produire l'analgésie à un degré suffisant pour arracher une dent. J'essayai l'opération quelques jours après et ce fut un plein succès. Il m'a fallu longtemps pour y croire, mais depuis je n'ai jamais arraché de dents autrement et j'en ai quelquefois extrait de un à sept en une séance. La respiration rapide retient dans le sang une quantité de gaz acide carbonique. Au lieu de l'oxygène que propose le Dr Hewitt, je recommanderais la respiration rapide une minute avant de donner le protoxyde; il n'y aurait alors aucun risque d'introduire de l'oxygène pur dans l'organisme. Tant que le cœur n'augmente pas le nombre de ses battements suivant l'indication du sphygmographe, un excès de gaz acide carbonique passe dans la circulation et, comme il est retenu par le cœur en raison de ce que le nombre des battements n'a pas augmenté, il produit cet effet sur les centres nerveux Quand on commence la respiration rapide les battements grandissent et puis diminuent rapidement jusqu'à ne laisser paraître qu'une ondulation à la surface. Il n'y a pas d'asphyxie du tout, comme c'est le cas avec le protoxyde. On m'a signalé un cas où l'effet de ce dernier avait été très profond, mais, après l'extraction de la dent, le dentiste s'aperçut que le patient avait respiré de l'air, au lieu de protoxyde. J'ai fait une opération sur un éléphant dont la douleur était si vive qu'il se jetait contre les obtacles autour de lui et, aussitôt que l'incision fut opérée, il enfla ses poumons et retint sa respiration jusqu'à la fin, puis se leva aussi tranquillement que possible . c'était l'anesthésie naturelle. Quand j'extrais une dent je pose l'instrument dessus, je fais aspirer rapidement une fois et la dent est enlevée.

M. Dennant. — On donne généralement le protoxyde froid directement de la bouteille, ce qui a un effet désagréable sur le patient. Je

le donne toujours du gazomètre et il faut l'y laisser suffisamment pour qu'il acquière la température de l'air ambiant. Il faut plus de temps, il est vrai, mais l'anesthésie dure davantage.

M. Toxon. — Comment M. Bonwill procède-t-il avec un phtisique?

M. Bonwill. — Si les poumons sont assez forts pour faire vivre, je fais de même, et, au lieu de nuire à l'action du cœur, c'est juste le contraire.

M. Sherwood. — Beaucoup des succès de M. Bonwill sont dus au pouvoir de sa volonté sur les patients.

M. le Dr Hewitt. — Bien qu'on prétende que les patients qui ont été anesthésiés à l'oxygène et au protoxyde disent qu'ils ont conservé leur connaissance pendant l'opération, je puis prouver que 99 0/0 sont anesthésiés. L'absence de douleur est de l'analgésie mais l'absence de connaissance est de l'anesthésie. Les signes son difficiles à déterminer, mais, dans la grande majorité des cas, quand on enlève le masque, c'est la flacidité des extrémités. Au début il y a un spasme de la paupière supérieure quand on essaye de la soulever, mais il disparaît, et quelquefois l'œil présente l'aspect de l'inconscience. La pupille n'est pas aussi dilatée qu'avec le protoxyde et les yeux sont fixés dans une direction. Parfois la prunelle présente des mouvements oscillatoires. Quelquefois, il y a simplement, au lieu de flacidité, une légère rigidité, et même, sous l'application de la pince, un faible mouvement réflexe, si faible qu'il n'est pas gênant. Le mouvement réflexe de la cornée se produit habituellement, ce qui prouve que l'anesthésie n'est pas profonde. Les patients sont absolument inconscients de ce qui se passe aussi bien que la douleur. Quelques praticiens pensent qu'il est très simple de donner du protoxyde préalablement à l'éther, mais parfois il se produit des difficultés. Il n'y a rien à donner au patient pour maintenir sa respiration à moins qu'on ne le mette à l'air frais ou à l'oxygène et c'est de la quantité d'air qui pénètre entre le protoxyde et l'éther que dépend le succès.

Je n'emploie jamais le chloroforme quand je puis l'éviter; je me sers de préférence de l'éther que je considère comme plus sûr entre les mains de ceux qui sont habitués à l'administrer. Un des meilleurs anesthésiques consiste dans un mélange (A. C. E) d'alcool, de chloroforme et d'éther, qui peut presque toujours remplacer le chloroforme dans les cas où celui-ci est préférable à l'éther. Quand on emploie un mélange contenant du chloroforme, il faut l'administrer comme le chloroforme lui-même et il est toujours plus sûr; mais si on donne un mélange comprenant des agents de degrés d'évaporation divers, en le donnant comme si ceux-ci étaient définis et inaltérables, on commettrait une grave erreur qui aurait sans doute de fâcheux résultats. M. Moss, du King's College, a employé plus de 10,000 fois le mélange A. C. E. et en fait un grand éloge. Il est surtout recommandable pour les enfants et pour les opérations dentaires où on choisirait le chloroforme.

M. Bowman Macleod. — La grande quantité d'accidents dus au chloroforme provient de la facilité avec laquelle il est administré. Je recommande une inhalation d'éther quand le cœur faiblit mais, dans une éthérisation prolongée, ce ne serait plus un stimulant. Dans ma pratique, j'emploie plus de protoxyde que de chloroforme car il y a plus de petites opérations que de grandes en dentisterie et néanmoins j'ai plus d'anxiété en administrant moi-même le pre-

mier que quand je recours à un spécialiste pour administrer le second. Il y a eu des cas de maladie par l'administration du protoxyde avant qu'on ait répandu une goutte de sang, de sorte qu'on ne peut pas accuser le sang.

DÉMONSTRATIONS

M. le Dr Frédérick Hewitt démontre l'effet d'un mélange de protoxyde et d'oxygène comme anesthésique, donné sous pression dans la proportion de 7/8 du premier pour 1/8 du second. Plusieurs dents sont extraites à des patients anesthésiés par ce moyen et les opérations sont autant de succès. Ce mélange ne cause ni intoxication ni excitement, ce que ne fait pas un mélange de protoxyde et d'air. Le patient est très tranquille, sans spasme, garde sa couleur normale et son air habituel.

M. le Dr Bonwill essaye de produire l'analgésie chez deux jeunes filles au moyen de la respiration rapide. Les patientes respirent profondément et très vite pendant une minute au moins et, au bout de ce temps, l'opérateur affirme que l'extraction d'une dent ou de plusieurs dents peut avoir lieu sans douleur quoique le sujet conserve sa connaissance. Les patientes cependant sont trop nerveuses et ne peuvent pas respirer comme le désire l'opérateur ; en conséquence il renonce à l'opération. Le Dr Bonwill essaye alors lui-même la respiration rapide pendant trois minutes : au bout de ce temps, quoiqu'on le pince, qu'on lui tire les cheveux et qu'on lui touche la conjonctive, il reste insensible.

M. G. Brunton pratique des extractions avec un autre anesthésique que le protoxyde d'azote, avec le patient dans la position d'Howard, c'est-à-dire la tête pendant complètement à l'extrémité de la table opératoire. Cette position, qui renverse les mâchoires et nécessite un aide pour tenir la langue au-dehors avec une éponge, empêche la pénétration de toute chose dans les bronches ; le sang qui tendrait à y descendre sort par la bouche ou le nez. (Le Dr Howard recommande cette position pour les noyés qu'on essaye de rappeler à la vie et pour les patients qui donnent des signes d'asphyxie quand on les anesthésie afin d'ouvrir les bronches.)

M. le Dr Bonwill obture avec de l'or une grande cavité interstitielle antérieure dans une première molaire. Il enlève d'abord une vieille obturation à l'amalgame et taille la cavité, puis il place une obturation de contour en 53 minutes. Pour enlever l'amalgame et tailler la cavité il emploie une fraise ronde à fin tranchant placée dans son tour dentaire qu'il meut avec le pied à une vitesse modérée. Ce n'est pas son habitude d'employer l'or pour les grandes cavités des dents du fond et il ne le fait que pour la démonstration. Après la préparation de la cavité la digue est placée autour de la dent à l'aide d'un clamp et autour des trois dents antérieures à celles-ci. L'or employé est cohésif, en feuilles, n° 20 d'Abbey, épaiss ur simple, et vient d'un point de rétention situé sous la cuspide extérieure près de la face broyante. Il entasse l'or avec son maillet à grande vitesse. Ses fouloirs sont à faces ovales et lisses, mus par le pied et il emploie tantôt la plante tantôt le côté, tantôt l'orteil du pied, suivant ce qui convient le mieux. Il opère à partir du point de rétention, puis en haut le long du derrière de la cavité vers la pointe cervicale. Puis il passe l'or par-dessus la pointe cervicale et l'égalise

dans la cavité avec les pointes de celle-ci. Ensuite il place de la même manière, avec le même maillet, de l'or en feuille, non cohésif et mou d'Abbey, mais opérant maintenant de la façon ordinaire à partir de la région cervicale en descendant vers la face broyante. Cet or n° 5 est plié de manière à devenir du 40. Quand un espace considérable de la cavité restante a été rapidement obturé avec cette feuille, le reste l'est finalement avec l'or cohésif en feuille du début, cette portion étant unie à celle mise au commencement.

En terminant, le Dr Bonwill fait remarquer qu'il n'a pas fait d'effort spécial pour gagner du temps et qu'au contraire il en a perdu en donnant des explications aux assistants et en réunissant les instruments dont il avait besoin.

M. Hern insère une couche de porcelaine dans une dent sèche et dans une bouche. La première est une canine supérieure gauche, avec une cavité de grandeur moyenne sur la face labiale, à quelque distance au-dessous du bord gingival. La cavité est creusée et arrondie au moyen d'une fraise cylindrique spéciale et la carie est enlevée avec les excavateurs. A ce moment la dent est trop creuse, de sorte qu'on y met une couche de ciment tassé au moyen de la même fraiseuse. La couche de porcelaine provient de la face d'une dent artificielle ; le morceau de porcelaine fixé au mandrin avec un vernis est tourné dans le tour dentaire en le faisant mouvoir sous l'eau sur une lime de coryndon plate. La porcelaine, une fois réduite à une dimension un peu supérieure à la cavité, est pulvérisée, en restant fixée au mandrin, dans la cavité, à l'aide de pierre ponce fine.

De cette façon on obtient une jointure imperceptible. La couche est comprimée en place avec la plus petite quantité possible de ciment phosphaté étalé sur les bords. Avec la porcelaine l'obturation est presque imperceptible.

MM. Jones et Lennox de Cambridge, placent un travail à pont de quatre dents entérieures dont le métal est en platine. Ils le fixent aux racines des deux incisives latérales au moyen de supports soudés au point et maintenus par les racines, d'abord par un peu de ciment aux extrémités, et puis au bas par de l'amalgame de cuivre. Un anneau soudé à la pièce entoure le bord de chaque racine sans le saisir. Celles-ci sont également remplies d'amalgame de cuivre.

M. Mansell arrange une canine supérieure gauche interstitielle avec des boules d'or cohésif dont la dent voisine (première bicuspide) est perdue. L'instrument employé est principalement le maillet du Dr S. Georges Elliot, mû par un tour Shaw.

M. Harrison obture la couronne d'une deuxième molaire supérieure gauche avec de l'or cristalloïde de Williams.

M. A. B. Harrison, de Newcastle, présente un jeune homme de 19 ans qui, à l'âge de 6 ans, a eu la totalité de la moitié droite de la mâchoire inférieure enlevée, y compris l'incisive latérale droite. La déformation qui en résulte est peu considérable et l'incommodité modérée. Le tissu opéré est parfaitement souple mais une bande de tissu mou s'étend de la joue de ce côté au bas de la bouche.

M. le Dr Cunningham, de Cambridge, montre une dent implantée depuis deux ans (une première bicuspide supérieure gauche), qui est très solide et qui sert toujours. La gencive ne descend pas tout à fait à sa position normale à la pointe cervicale, mais on s'y attendait en raison de la perte d'un peu de l'alvéole par l'absorption antérieure à l'implantation. C'est le cas n° 3 dans le tableau statistique

de l'opérateur. La dent implantée était restée trois heures hors de la bouche de son possesseur primitif avant l'implantation et avait été conservée pendant ce temps dans une solution au millième de bichlorure de mercure.

MM. Caush et Cunningham présentent des couronnes tout en or; ce dernier en présente aussi avec des faces de porcelaine.

M. Harrison présente des couronnes Logan, Bonwill, Balkwill, Buttner, Harrison, en or, platine, amalgame ; enfin, avec des obturations de porcelaine.

M. Caush coupe des sections de dents à l'état dur. Le point intéressant est la façon dont les sections sciées et limées sont réduites à une ténuité extrême; en les frottant avec de la poudre fine de pierre ponce et de l'eau, avec la main, entre deux morceaux de verre carrés. L'opération se fait sur une table, et le morceau de verre supérieur est promené sur l'autre au moyen d'un mouvement circulaire ou rotatif. Quelquefois, de petits aspirateurs de caoutchouc sont fixés au côté extérieur de la plaque supérieure pour obtenir davantage de prise. Cette méthode est due à M. Charters White.

(*Dental Record.*)

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE

M. Jonathan Hutchinson lit une communication sur « Le diagnostic de la maladie d'après les dents ». D'après lui la maladie de Rigg est comparable à la sycosis, laquelle présente une inflammation définie dans le follicule capillaire analogue à celle des dents dans la pyorrhée alvéolaire. Dans la sycosis affectant les ongles, maladie rare, une inflammation suppurante attaque les racines des ongles des mains et des pieds. Même phénomène dans la sycosis de la barbe et dans la *tinea tarsi* où les cils sont attaqués. Aucun cryptogame n'est présent dans ces maladies, mais il existe une suppuration qui s'étend par contagion, un foyer purulent infectant les autres qui sont susceptibles d'être atteints. La pyorrhée alvéolaire semble explicable de la même manière et peut être regardée comme une affection locale une inflammation suppurante du procès alvéolaire. Considérée ainsi, il n'est pas étonnant qu'elle s'attaque aux personnes d'une santé générale excellente et que ceux qui en sont atteints soient habituellement bien portants. Le mode de traitement dans ces cas d'inflammation suppurante qui a donné le plus de succès n'est pas général, les toniques et les hématiniques n'ont pas réussi et le traitement local seul a offert des chances de succès. On peut en dire autant de la pyorrhée.

De nombreux cas se sont présentés où les lèvres et la langue ont souffert d'une obturation des dents à l'amalgame, avec celui de Black notamment, mais pas avec des tampons d'or.

Dans bien des cas où la gencive malade était intraitable il a recommandé d'enlever de la bouche les obturations à l'amalgame et la conséquence fut la guérison de la gencive. Cela s'explique en ad-

mettant que l'amalgame amène, dans la bouche, des changements dissolvants qui produisent leur action délétère sur la muqueuse. Un docteur américain qui souffrait d'un mal de langue et qui, quoique niant d'être atteint d'une maladie vénérienne, avait été traité sans succès pour la syphilis, fut complètement guéri après l'enlèvement d'une obturation à l'amalgame.

A l'égard des dents syphilitiques, les incisives centrales supérieures sont à l'état permanent le témoignage de la syphilis héréditaire.

Des lésions dans les autres dents sont communément dues non à la syphilis mais au mercure employé à la combattre. L'indication de la syphilis donnée par les dents témoins est absolument exacte, mais l'absence de lésions dans les dents n'indique pas l'absence de la syphilis. Quand il y a des lésions, on découvre presque toujours une keratite interstitielle et si celle-ci n'existe pas, les premières font également défaut. Chez les personnes dont les dents ne montrent pas cet état et qui héritent cependant de la contagion syphilitique, il y a une tendance aux maux de gorge qui apparaît après l'enfance.

Les dents sont profondément affectées par la stomatite et la cause principale en est au mercure. L'émail est déformé comme résultat de l'inflammation des dents provenant de l'usage imprudent du mercure dans le bas-âge. Les premières molaires permanentes sont les dents témoins de cet état et peuvent être comparées aux prémolaires non affectées. Un accompagnement fréquent de la stomatite des dents est la cataracte lamellaire due à des convulsions. La présence de cet état de choses amènera probablement une laryngite, des convulsions et une forte probabilité que même de petites doses de mercure produiront de la salivation et autres inconvénients.

En ce qui concerne la corrélation existant entre les dents et autres parties du corps, les dents de rat sont dues à la suppression des dents latérales, situation souvent liée à l'absence de cheveux, alopécie et microphtalmie. Il y a également des cas où l'absence de cheveux est associée avec de petites dents informes mais sans microphtalmie. La dentition dans le rachitisme est affectée autant que les autres parties de l'organisme, de sorte qu'on ne doit attacher aucune signification définie aux dents rachitiques. Il en est de même des dents goutteuses.

Le président n'approuve pas les remarques relatives aux effets des obturations à l'amalgame sur les dents : il n'a jamais observé de maux de bouche en résultant. De même, quoiqu'il ait examiné des milliers d'enfants, il a rarement vu des dents syphilitiques et trouve qu'on y a attaché trop d'importance dans le diagnostic. Comme le mercure est administré maintenant, il doute que la stomatite en résulte.

M. Charters White trouve qu'on perd trop souvent de vue que quand les racines de dents affectées sont nécrosées et quand la nature s'efforce de s'en débarrasser, il est peu rationnel d'employer des moyens pour les conserver.

M. Tomes a observé que, dans la maladie Riggs, les dents affectées sont souvent de différents côtés de la bouche et non contiguës. Le succès incontesté qui a suivi le traitement préconisé par le Dr Rigg entraîne peu d'imitateurs dans le pays, mais semble prouver en faveur de la localisation de l'affection. Il n'a jamais rencontré de rétablissement complet à la suite de pyorrhée de sorte que, de même

que la sycosis n'est guérissable que par l'épilation, de même la maladie de Rigg ne l'est que par l'enlèvement de toutes les dents atteintes.

M. Mewland Pedley reconnaît que de grosses obturations à l'amalgame peuvent écailler les dents, mais ne croit pas que si elles sont proprement introduites, elles soient dangereuses.

M. Storer-Bennett pense que les dentistes qui voient beaucoup plus de cas d'amalgames que les chirurgiens sont bien plus éloignés de se former une opinion à cet égard. La débilité constitutionnelle est souvent associée à la pyorrhée et les animaux enfermés en sont fréquemment affectés en même temps que de la pneumonie, de la septicémie, de la tuberculose et autres maladies auxquelles sont sujets les individus chez lesquels la vitalité est amoindrie.

D'après *M. Moore*, dans la pyorrhée une dent infecte les autres et l'extraction est le moyen indiqué.

M. Coffin croit avoir rencontré des cas de pyorrhée guérissables ; il préfère recourir à un traitement caustique et antiseptique et est convaincu que, si les dents étaient débarrassées du pus, on obtiendrait de bons résultats.

Tandis que les malades jeunes sont guérissables, ceux d'un âge plus avancé ont moins de chance de guérison.

(*The journal of British dental Association.*)

MISCELLANEA

EXAMEN D'UNE MOLAIRE D'ÉLÉPHANT ET SES MOYENS DE FIXATION AU MAXILLAIRE

I. Examen d'une molaire d'éléphant et ses moyens de fixation au maxillaire. — II. La fièvre typhoïde et le mauvais état des dents. — III. Nouvelles recherches expérimentales sur la toxicité du bismuth (empoisonnement chronique). — IV. Ankylose double de l'articulation tempero-maxillaire. Résection du maxillaire inférieur au niveau des angles.

M. le Dr Galippe a eu la bonne fortune de pouvoir examiner une dent d'éléphant peu de temps après la mort de l'animal.

Il a fait porter particulièrement son étude sur les moyens d'attache de la dent à l'os. Son étude offre le plus grand intérêt au point de vue de l'anatomie et de la pathologie comparées. Déjà le professeur Busch avait abordé ce sujet devant le Congrès de Washington, et il avait remarqué que les lésions alvéolaires et gingivales étaient assez fréquentes chez l'éléphant.

M. le Dr Galippe se croit autorisé, de par l'étude histologique, à croire, tout en faisant des réserves, que les désordres observés étaient dus, pour la plus grande part, à l'arthrite dentaire.

Nous extrayons les principaux passages de cette intéressante étude :

GENCIVE PRISE EN ARRIÈRE DE LA DENT

La structure de la gencive, chez l'éléphant que nous avons examiné, ne présente rien de particulier, et on y retrouve les dispositions générales observées dans la gencive chez l'homme. Elle est constituée par un tissu fibreux formé de gros faisceaux s'entrecroisant en différents sens et laissant entre eux de petits espaces remplis de tissu cellulaire lâche dans lequel se trouvent les vaisseaux et les nerfs. La gencive présente de grosses papilles en partie desquamées de leur épithélium par suite des manipulations qu'elles ont subies et de leur macération dans le liquide employé à leur conservation.

Il est toutefois un fait que j'ai observé avec M. Malassez, sur lequel nous devons tout particulièrement appeler l'attention, c'est le suivant : on y trouve des corpuscules de Pacini en nombre assez considérable. Nous en avons compté sept en moyenne sur une longueur de coupe de 10 millimètres. Les plus profonds sont à un demi-millimètre de la surface, les plus superficiels arrivent presque à la surface des papilles. Les corpuscules les plus gros sont assez volumineux et visibles à l'œil nu.

Leur structure, autant qu'on en peut juger sur des préparations de pièces mal conservées, est absolument semblable à celle des corpuscules ordinaires : lamelles concentriques et tube nerveux central. Le tube nerveux, avant son entrée dans le corpuscule et dans la première portion de son trajet intra-corpusculaire, est disposé en spire. L'orientation des corpuscules paraît assez variable. En général, leur grand axe est dirigé perpendiculairement au grand axe de la muqueuse. Nous en avons trouvé aussi qui étaient disposés parallèlement à la surface. Les corpuscules sont en général placés dans de petites logettes constituées par du tissu fibreux. Parfois, on constate la présence de deux corpuscules de Pacini ; chacun d'eux possédant sa tunique propre et, en plus, les lames concentriques communes aux deux. Il ne s'agit donc point de deux corpuscules de Pacini placés à côté l'un de l'autre, mais bien d'un corpuscule Pacini double. Celui que nous avons observé était situé plus profondément, à 2 millimètres et à la surface de la muqueuse.

GENCIVE ET PARTIE SUPÉRIEURE DU LIGAMENT

(Pour la description de la gencive, voir ci-dessus.)

Dans la partie supérieure du ligament, on voit des faisceaux de tissu partant de la paroi alvéolaire et allant vers le cément dans lequel ils pénètrent. Ces faisceaux ont, en général, une direction assez oblique, l'extrémité alvéolaire étant moins profondément située que l'extrémité dentaire. Entre ces faisceaux fibreux existent des espaces remplis de tissu conjonctif lâche au milieu duquel on distingue des vaisseaux et des nerfs. Au voisinage de la dent, on constate l'existence de ces débris épithéliaux paradentaires décrits par mon maître et ami, M. Malassez. Les cellules constituant ces débris paraissent être cylindriques.

A leur arrivée dans le maxillaire, comme à leur arrivée dans le cément, les faisceaux fibreux pénètrent profondément dans les tissus sous forme des fibres de Charpey.

On voit qu'en dépit du poids énorme que peut atteindre une grosse molaire d'éléphant, ses moyens d'attache sont identiques à ceux que M. Malassez a décrits chez l'homme. Pas plus chez l'éléphant que chez l'homme, il n'y a de périoste.

Dans la partie supérieure du ciment il existe une couche superficielle qui est séparée des couches profondes par une ligne ondulée et paraissant être de formation récente.

Partie moyenne du ligament sur une coupe longitudinale on observe que cette partie du ligament est encore constituée par des faisceaux fibreux très obliques allant du maxillaire à la dent. Les insertions sur le maxillaire sont toujours à un niveau moins profond que les insertions dentaires c'est-à-dire que les faisceaux ligamenteux partant de la paroi de la cavité alvéolaire s'enfoncent obliquement dans l'espace alvéolo-dentaire et vont s'insérer sur la dent à un niveau plus profond que celui de l'insertion maxillaire.

Les insertions sur la paroi alvéolaire ne se font pas régulièrement sur toute la surface de cette paroi, mais de préférence sur les crêtes osseuses que cette surface présente. Les crêtes osseuses sont presque uniquement constituées par des fibres de Charpey calcifiées. La substance osseuse interposée entre elle est relativement très peu abondante, et les ostéoplastres rares. On peut pour suivre certaines de ces fibres très loin dans le tissu de Charpey. On en voit même qui traversent des espaces médullaires pour se continuer dans le tissu osseux au delà de ces espaces.

Les insertions sur la dent au contraire sont très régulières. Les faisceaux pénètrent profondément dans le cément; en certains endroits ils sont si rapprochés que le cément paraît presque continué uniquement par eux La substance osseuse et les ostéoplastes y sont très rares. Le ligament présente entre les faisceaux qui le composent des espaces remplis de tissu cellulaire lâche, et dans lesquels on voit les vaisseaux et les nerfs. Les espaces qui sont voisins de l'os communiquent avec les espaces médullaires. On trouve encore dans le ligament et de préférence au voisinage de la dent, des amas de cellules présentant des formes variées qui ne sont autres que des débris épithéliaux paradentaires.

Dans le cément on remarque des lignes ondulées généralement parallèles à la surface de la dent, et correspondant vraisemblablement à des formations successives de cément. On voit parfois des faisceaux ligamenteux passant sans interruption d'une couche de cément dans l'autre.

Sur les coupes transversales les faisceaux du ligament se trouvent, en raison de leur très grande obliquité, être coupés transversalement et l'ensemble de la coupe diffère de ce que l'on trouve chez d'autres animaux où les faisceaux, étant moins obliques, paraissent sur les coupes transversales comme disposés en rayons par rapport à la dent.

Dans les parties les plus inférieures de la racine la disposition en ligament ne diffère pas sensiblement de la description précédente sauf qu'il y a peut-être un peu plus de vaisseaux.

Décollement. — La surface de la cavité est à sa partie supérieure irrégulière et mamelonnée, on n'y retrouve pas de revêtement épithélial, soit qu'il manquât du vivant de l'animal, soit que, très altéré

et, peu résistant, il ait été enlevé pendant les manipulations nécessaires. Cette surface est constituée par un tissu de bourgeons charnus qui se continue sans ligne de démarcation avec le tissu fibreux gingival sous-jacent. Ce dernier est infiltré d'éléments dits lymphoïdes en partie constitués par des globules blancs et en partie par les cellules du tissu aynt proliféré.

Dans les parties superficielles l'infiltration est diffuse; dans les parties profondes elle est localisée, principalement autour des troncs vasculaires et forme de petits foyers. On retrouve ces foyers assez profondément presque jusqu'au voisinage du maxillaire. D'une façon générale les vaisseaux paraissent congestionnés.

A la surface des bourgeons charnus ainsi que dans les vaisseaux superficiels, on trouve des colonies microbiennes, mais en raison des circonstances qui ont précédé ou suivi la mort de l'animal, ainsi que les manipulations qu'ont dû subir les pièces examinées, nous n'en voulons tirer aucune conclusion de l'existence de ces parasistes, pour ce qui regarde la pathogénie de cette lésion.

La partie moyenne du décollement et la partie profonde ne présentent point de lésions différentes de celles que nous venons de décrire, seulement l'inflammation bourgeonnante au lieu de se produire sur le tissu ligamenteux. On trouve également les microbes dans les préparations colorées par la méthode de Gramm surtout dans les vaisseaux. Ils sont en moins grande quantité que dans les régions supérieures.

En résumé, nous considérons le décollement très limité comme étant certainement de la nature pathologique et l'on peut supposer, sans pouvoir cependant l'affirmer, que nous nous trouvons en présence d'une manifestation de la gingivite arthro-dentaire infectieuse dont cet animal avait été précédemment atteint et que nous avons décrite. (1).

II. — LA FIÈVRE TYPHOIDE ET LE MAUVAIS ÉTAT DES DENTS

Pour le Dr Bourgeois, les mauvaises dents seraient une cause prédisposante de fièvre typhoïde dans l'armée.

La fatigue mal supportée et l'alimentation insuffisante créeraient une réceptivité spéciale et prépareraient le terrain à l'évolution du *Bacillus typhosus* par le mécanisme suivant.

La fatigue est mal supportée par ceux qui se nourrissent insuffisamment ; et, sur ce point, il faut donner les explications suivantes : ceux-ci trouvent dans leur ration alimentaire tous les éléments de réparation nécessaires à leurs dépenses organiques; ceux-là assimileraient facilement plus d'aliments qu'il ne leur en est offert, surtout la viande qui est l'aliment du travail, et ceci se rencontre dans la majorité des cas, particulièrement chez les sujets robustes ou de taille supérieure ; enfin d'aucuns absorbent tout ce que leur appétit leur permet de consommer, c'est-à-dire qu'ils ne pourraient pas ingérer un supplément de ration ; mais chez eux l'assimilation est défectueuse et cela pour des raisons très nombreuses dont quelques-unes échappent à l'analyse, et parmi lesquelles la mauvaise denture

(1) Travail du laboratoire d'histologie du Collège de France et du laboratoire de la clinique d'accouchement, *Journal des connaissances médicales*

paraît jouer un rôle très important. Ces explications sont vérifiées par l'observation.

Etude sur la fièvre typhoïde atténuée et sur l'atténuation de la fièvre typhoïde, par M. le Dr A. BOURGEOIS, médecin-major.

III. — NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TOXICITÉ DU BISMUTH (L'EMPOISONNEMENT CHRONIQUE)

Par les Docteurs P. DALCHÉ ET VILLEJEM

Réunissons dans un exposé d'ensemble les symptômes et les lésions anatomiques constatés dans les observations de nos deux mémoires.

De tous les organes, le premier et le plus rigoureusement atteint est le tube digestif, et parmi les accidents, que l'intoxication soit aiguë ou chronique, la stomatite arrive au premier rang. Mais elle se présente sous des aspects assez divers. Tantôt ce sont des plaques noirâtres, luisantes ou d'un brun violacé disséminées sur la muqueuse buccale, en même temps qu'un liséré de même couleur naît sur le rebord gingival ; tantôt ce sont des ulcérations très nettes taillées à l'emporte-pièce ou fongueuses saignantes, s'entourant à la longue d'une auréole noirâtre qui envahit peu à peu leur fond. D'autres fois enfin c'est une stomatite gangréneuse. Ces différences, croyons-nous, sont plus apparentes que réelles et peuvent s'expliquer par l'intensité de l'intoxication. Nous remarquons, en effet, que dans le cas où, dès le début, les plaques noirâtres en grand nombre ont fait explosion en divers points de la bouche, les sujets avaient été mis à même d'absorber de grosses quantités de bismuth. Dans un cas, c'est une femme atteinte d'une vaste brûlure et pansée tous les jours avec du sous-nitrate de bismuth appliqué largement sur toute la surface de la plaie. Dans un autre c'est un chien qui, quotidiennement, reçoit des injections de 2 et 3 grammes de sous-nitrate. La muqueuse doit certainement sa coloration au passage du métal, et comme dans ces cas l'élimination est considérable, les taches apparaissent tout d'abord. Au bout d'un certain temps, du reste, elles s'ulcèrent régulièrement et se sphacèlent parfois. Au contraire, lorsque l'absorption du sel bismuthique est minime, l'élimination, bien moins abondante, ne peut pigmenter d'emblée la muqueuse; mais elle irrite cette muqueuse, la met en mauvais état et alors, aux oints de frottement des dents, surviennent plus facilement des lcérations autour desquelles, à la longue, se dépose une auréole smuthique qui s'accroît chaque jour avec la continuité de l'absorp-on comme le liséré se développe lentement sur la gencive autour es dents. Cette influence surtout du frottement des dents, lors-u'elles sont ébréchées ou déviées, nous a semblé indiscutable dans s nombreux faits que nous avons observés; il suffit de regarder sur la face inférieure de la langue d'un chien en expérience les ulcérations semées en traînée près du bord, pour vérifier comme elles se superposent exactement à l'arcade dentaire. Il en est de même sur la paroi interne des joues. Cependant ne prétendons pas faire jouer au frottement un rôle trop unique et capital puisque nous avons vu des plaques et des ulcérations sur la voûte palatine et le voile du palais. Toutes les stomatites, les unes progressivement, les autres

après une série de poussées, après des alternatives de mieux et de plus mal, se sont terminées par gangrène, même lorsque, pour éviter une évolution trop rapide, les injections avaient été suspendues depuis quinze jours et trois semaines. Probablement, comme nous l'avons dit plus haut, à cette période sous l'influence du mauvais état de tout l'organisme, la muqueuse n'oppose plus aucune résistance à l'action des bactéries contenues dans la bouche et il se fait là des autoinoculations. (*Bulletin général de Thérapeutique.*)

IV. — Ankylose double de l'articulation temporo-maxillaire. — Résection du maxillaire inférieur au niveau des angles

M. William Benett a lu à la « Clinical Society » de Londres l'observation d'un homme de vingt-huit ans, garçon de café, atteint d'une ankylose double de la mâchoire, d'origine rhumatismale survenue il y a trois ans. Depuis cette époque, on a tenté à différentes reprises de rompre cette ankylose, mais toujours sans succès.

Au « London Hospital », on avait sectionné à quelques jours d'intervalle les condyles du maxillaire inférieur et enlevé une portion de l'os. La mobilité était revenue momentanément, mais l'ankylose s'était vite reproduite.

Quand M. Benett vit le malade pour la première fois à « Saint Georges Hospital », les mouvements de la mâchoire étaient impossibles. M. Benett mit à nu, par une petite incision en forme de croissant, l'angle droit du maxillaire inférieur et le réséqua.

La résection portait juste en arrière de la dernière molaire; on fit bien attention de ne dilacérer aucune des fibres du masséter et du ptérygoïdien interne qui s'attachaient sur l'os au-dessous et en avant de la partie réséquée.

Huit jours plus tard, 20 décembre 1888, M. Benett fit la même opération à gauche. De cette façon, la partie moyenne de l'os qui s'étend entre les deux angles était libre et nettement séparée des branches. Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération, le malade ne put avaler; les muscles sus-hoïdiens étant privés de leur insertion fixe — le maxillaire étant devenu mobile — ne se contractaient qu'imparfaitement. Mais la faculté d'avaler revint bientôt; un mois plus tard, le malade prenait des aliments solides bien mâchés. En février, la bouche pouvait être librement ouverte, les dents s'écartaient les unes des autres de 3 centimètres environ.

En avril, l'ossification des deux articulations nouvelles ne s'était pas encore produite; les mouvements d'élévation et d'abaissement de la mâchoire continuaient à se bien faire; avec ses mains le malade donnait à son maxillaire inférieur des mouvements de latéralité.

Ce cas est intéressant à cause de sa longue durée, de la guérison d'abord, à cause aussi du mode de traitement employé : résection loin du foyer d'ossification primitif.

M. Howse, qui avait traité ce malade la première fois pour la résection des condyles, reconnaît que, dans ce cas, sa méthode a été inférieure à celle de M. Benett; mais, il ne croit pas que la manière de faire de ce dernier soit applicable à tous les cas.

(*Le Bulletin médical.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

VIII. — NOTE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'APPLICATION DU CHLORURE DE MÉTHYLE

M. le Dr G. Gardet fait la communication suivante :

Le chlorure de méthyle liquide est, comme nous le savons tous, un corps qui ne peut se conserver qu'en siphon métallique assez solide pour résister à une pression élevée et qui s'emploie le plus souvent en pulvérisations ; celles-ci se pratiquent en projetant sur la peau du malade un jet liquide qui, se réduisant instantanément en vapeur, produit une révulsion qui peut aller à la vésication et même jusqu'à l'escharification.

L'action est si intense, si brutale même que la peau se trouve instantanément recouverte de neige et que, à moins d'une assez grande habitude, l'opérateur ne peut pas toujours mesurer l'action qu'il veut produire.

C'est pour remédier à cet inconvénient que le Dr Bailly a proposé de se servir de tampons de ouate trempés dans le chlorure de méthyle liquide ; mais ce procédé ingénieux ne laisse pas de présenter lui-même des chances d'escharification, et, de plus, il entraîne la perte d'une quantité assez considérable de chlorure, ce qui est certainement un désavantage assez sérieux lorsqu'il s'agit, comme dans l'espèce, d'un produit d'un prix élevé.

Je me suis servi avec avantage d'un mode opératoire extrêmement simple, qui permet de surveiller l'action du médicament et de la limiter aussi facilement qu'avec le tampon, il suffit de recouvrir la peau d'une couche de glycérine sur toute la surface qu'il s'agit de révulser, et de pulvériser ensuite le chlorure en passant deux ou trois fois rapidement le jet sur la glycérine.

Le chlorure de méthyle est d'abord absorbé par la glycérine et le malade ne sent pas immédiatement la brûlure : on voit la glycérine se prendre en glace, grâce à l'eau qu'elle renferme et qu'elle condense, et c'est alors seulement que le sujet éprouve une vive cuisson qui se prolonge beaucoup plus longtemps qu'avec la pulvérisation ordinaire. Grâce à cette durée relativement longue de la révulsion, il est possible d'enlever à l'aide d'une compresse ou d'un peu de ouate les parties du mélange refrigérant qui débordent la région à revulser.

En opérant ainsi on évite toute chance d'eschare et l'on peut limiter exactement l'action à une partie donnée ; de plus lorsqu'on opère sur des peaux très fines, on peut arrêter la révulsion sans la pousser au maximum en enlevant d'un seul coup tout le liquide à l'aide d'une serviette.

(*Bulletin général de Thérapeutique*).

II. — LA SACCHARINE CONTRE LE MUGUET

Par le Dr Maurice Fournier

La saccharine étant un antiseptique, l'auteur a traité dix cas de muguet consécutifs à la rougeole par des badigeonnages avec une solution de :

Saccharine........................	1 gramme
Alcool à 40 degrés.......	50 grammes

dont on met une cuillère à café dans un demi-verre d'eau. On fait cinq badigeonnages par jour.

Huit fois les plaques laiteuses ont disparu en vingt-quatre ou trente heures. Deux fois seulement elles ont résisté trois jours. Mais l'auteur admet que dans ces deux cas les badigeonnages avaient été mal faits.

Il recommande de ne pas employer de solution plus concentrée et il cite le cas du pharmacien qui, en préparant la solution mère, y trempa son doigt et le porta plusieurs fois à sa bouche. Le soir il éprouvait une sensation d'ardeur dans toute la cavité buccale, et le lendemain une éruption aphteuse très intense se déclarait, qui dura cinq jours et disparut sans laisser de traces.

(*Revue générale de clinique et de thérapeutique*).

III. — MOYEN DE DIMINUER LE GOUT DÉSAGRÉABLE DU SUBLIMÉ

Le goût désagréable du sublimé serait corrigé par la dilution dans l'eau de rose. (*G. Allen International Dent. Journ*)

IV. — LE CANADOL POUR L'ANESTHÉSIE LOCALE

Par M. V. Idehen

L'auteur rapporte qu'il a essayé comme anesthésique local en pulvérisation le canadol pur, pour remplacer l'éther; les résultats qu'il a obtenus sont très encourageants. Le canadol est un liquide volatif tiré du naphte, sa volatilité est extrême; son odeur rappelle la benzine, la partie du corps avec laquelle il est en contact est le siège d'un refroidissement extrêmement rapide. L'anesthésie locale par les pulvérisations de canadol, peut être obtenue en l'espace d'une demi-minute à une minute. C'est un produit moins cher que l'éther. (*The méd. chron.*)

(*Le Bulletin médical.*)

V. — MATIÈRES D'OBTURATION PROVISOIRE

Deux plombages provisoires; le premier est excellent pour recouvrir les pâtes caustiques lorsque le nerf doit être dévitalisé.

A. — Faire fondre une petite quantité de cire blanche purifiée et, pendant qu'elle est liquide, ajouter de petits morceaux de gutta-percha jusqu'à ce que la masse soit épaissie. Remuer continuellement jusqu'à dissolution complète de la gutta-percha. Lorsque les substances sont intimement unies, éloigner la masse du feu en agitant toujours, et, lorsqu'elle est suffisamment refroidie, la rouler en bâtonnet.

La cire jaune peut être également employée.

B. — Plombage temporaire de Gilbert :

Cire blanche	1 partie
Gutta-percha	4 »
Craie préparée	4 »

Fondre la cire dans un bain de sable, ajouter la gutta-percha, coupée en menus morceaux et ensuite la craie. Après intime mélange faire de petites boules que l'on écrase entre deux plaques de verre. Se frotter les mains avec du talc.

Lorsqu'une plaque de caoutchouc à vulcaniser a été salie ou tachée, il est facile de la rendre nette et propre : il suffit de l'enduire avec de l'huile et ensuite d'enlever l'huile, en lavant, avec du savon, dans de l'eau chaude.

D'après Fletcher les teintures résineuses alcooliques sont impropres à faire des vernis imperméables, la protection parfaite de l'humidité ne peut s'obtenir qu'avec des solutions de résine dans l'éther.

COLLUTOIRE CONTRE LA STOMATITE. — LE GENDRE.

Acide borique	1 gramme
Chlorate de potasse	0 gr. 75 cent.
Jus de citron	15 grammes
Glycérine	10 grammes

Faites dissoudre. Ce collutoire conseillé dans les stomatites qui accompagnent les fièvres graves dans la fièvre typhoïde par exemple, modifie rapidement l'état fuligineux des lèvres et des dents, la sécheresse des gencives et de la langue. — N. G.

(*L'Union médicale.*)

POUDRE DENTIFRICE ANTISEPTIQUE. — LE GENDRE.

Acide borique finement pulvérisé	5 grammes
Chlorate de potasse pulvérisé	4 —
Gaïac pulvérisé	3 —
Craie préparée pulvérisée	8 —
Carbonate de magnésie pulvérisé	8 —
Essence de rose ou de menthe pulvérisée	2 gouttes.

(*L'Union médicale.*)

VIII. — LA SACCHARINE COMME DENTIFRICE

Le Dr Constantin Paul qui s'est déjà fait, à plusieurs reprises, le défenseur de la saccharine, revient à nouveau sur les avantages de ce produit.

A l'intérieur la saccharine a des inconvénients de par sa puissance antiseptique même. Pour l'usage externe, au contraire, elle peut rendre de signalés services. M. C. Paul dit :

« Quand on voudra obtenir une action antiseptique énergique, on emploiera la saccharine pure en poudre. Toutefois, lorsqu'il s'agit du microbe de la putréfaction, du microbe de la suppuration et de tous les microbes qui vivent dans la bouche, la proportion de

deux parties de bicarbonate de soude pour trois de saccharine permet d'arrêter le développement de ces microbes.

« Cette addition du bicarbonate de soude à la saccharine la rendra soluble et en fera un dentifrice précieux. »

(*Le Bulletin médical*).

IX. — ENLÈVEMENT DES TACHES VERTES

Pour enlever les tâches vertes qu'on remarque sur les bords de la gencive, notamment chez les enfants de 12 à 14 ans, rien n'est aussi efficace que la teinture d'iode portée au moyen d'une tige de bois d'oranger et suivie de l'emploi de la pierre ponce en poudre et de l'eau et finalement d'un polissage avec les brosses à polir au moyen du tour dentaire. (Dr Thupein).

Ohio Journal.

VARIA

UNE RÉCLAME DE DENTISTE EN 1796

Les *Archives of Dentistry* nous font connaître le curieux document suivant :

Une affiche d'un certain Josiah Flagg, chirurgien-dentiste à Boston, remontant à 1796, est ainsi conçue :

J'informe le public que je pratique dans toutes les branches avec des perfectionnements, notamment je transplante les dents vivantes et mortes avec grande facilité en causant moins de douleur qu'en Europe ou en Amérique; je recous les becs de lièvre; je guéris les ulcères, j'extrais les dents et les chicots ou racines avec dextérité; je répare les dents et les gencives endommagées par la nature, le manque de soins, les acides ou les corrodants; je régularise les dents quand elles sortent pour empêcher la fièvre et la douleur chez les enfants; je viens en aide à la nature dans l'extension des mâchoires pour la beauté de la seconde dentition et je leur conserve leur blancheur naturelle, entièrement exempte de tous effets scorbutiques. Quand tout est ainsi arrangé et quand mes conseils sont suivis, l'aide du dentiste est tout à fait inutile par la suite; j'allège la douleur sans extraire; j'arrête le saignement des gencives, mâchoires et artères; je régularise et je plombe les dents avec de l'or, en feuilles ou avec du plomb. Je fixe des palais en or, des dents artificielles de toute qualité, sans endommager les dents naturelles; je facilite la prononciation et la déglutition quand elles sont affectées de défauts naturels. J'ai un cabinet pour les opérations avec tous les arrangements nécessaires, où on peut trouver les dentifrices, teintures, brosses à dents et à gencives, mastics, etc., garantis excellents et convenant aux divers âges et circonstances; du tabac en carottes, particulièrement utile pour nettoyer les dents antérieures

et conserver la blancheur naturelle; tous les produits, aussi bien que le tabac en carottes sont vendus en gros ou en détail.

J'ai les moyens de fournir des dents artificielles, des gencives d'or, et des palais, aux personnes qui habitent au loin et qui ne peuvent pas venir me trouver.

« J'achète les belles dents saines et vivantes, 47 Newburg Street, Boston. »

Cette affiche est ornée dans un coin d'instruments très anciens et très barbares, dans l'autre, de brosses à dents d'un modèle tout à fait moderne. Elle a été conservée, ainsi qu'on peut le voir au dos, par le descendant de quelqu'un qui avait acheté en 1800 une brosse et de la teinture à Josiah Flagg.

SINGULIÈRE MORT A OKEHAMPTON

Une femme âgée de 43 ans est morte dans les circonstances suivantes : Malade depus deux ans et éprouvant des vertiges, elle s'était rendue chez un chirurgien pour se faire arracher une dent, car elle souffrait d'une névralgie et pensait se procurer ainsi du soulagement. C'était un petit chicot qui fut extrait sans difficulté. La patiente se rinça la bouche et eut un léger accès d'hystérie. Une serviette mouillée fut appliquée sur sa figure, mais soudain sa respiration s'arrêta. Elle fut alors couchée sur le sol et ne reprit pas sa respiration, malgré les efforts qui furent faits, quoique son cœur continuât à battre. (La respiration artificielle notamment fut essayée et continuée pendant 8 heures).

Le chirurgien la soignait depuis 3 ou 4 ans et comme elle s'était toujours plainte de névralgie, de mal de tête, de vertiges, il pense qu'elle est morte d'apoplexie. Un des petits vaisseaux à la base du cerveau s'était probablement rompu en causant une pression sur le centre nerveux, laquelle arrêta la respiration. Un léger choc avait produit cette rupture.

(*Journ. of the British Dent. Assoc.*)

UNE MORT A LA SUITE DU SOMMEIL HYPNOTIQUE

Le Dr J. N. Bishop, de Louisville (Amérique), devait extraire une dent à sa femme; afin de lui éviter ou tout au moins d'amoindrir la douleur, il résolut de l'hypnotiser. Suivant l'usage, il fit quelques passes magnétiques sur la tête et le visage. lorsque tout à coup son sujet poussa un grand cri et tomba mort sur le plancher.

Southern Dental Journal.

MORT CAUSEE PAR L'ABSORPTION DE FAUSSES DENTS

Une enquête faite à l'hôpital Guy, de Londres, en présence d'un coroner, a établi que la mort d'un nommé Wilkins, âgé de trente-deux ans, était due aux circonstances suivantes :

Tandis que cet individu se brossait les dents, l'appareil des dents artificielles qu'il portait glissa dans sa gorge. Il en informa sa femme qui courut immédiatement chercher un médecin, lequel, après un traitement de trois semaines, fit transporter le malade à l'hôpital. Il fut endormi et une opération fut pratiquée : le palais

ne fut pas trouvé dans l'estomac, mais dans l'œsophage à 13 pouces des dents naturelles, et il y était si fortement engagé qu'on ne put l'enlever. Le malade mourut le lendemain par suite du choc nerveux

(*Ash et son's quarterly circular.*)

TRAHI PAR L'EMPREINTE DE SES DENTS

Un nègre avait été arrêté pour vol dans un magasin et mis en prison et, comme pièce de conviction, on n'avait pas trouvé autre chose qu'une pomme dont on avait mordu deux bouchées, seulement l'agent de la sûreté avait remarqué que l'empreinte des deux dents antérieures sur la pomme était singulière. Il pensa que celui qui l'avait mordue avait, étant enfant, une vieille dent dans la gencive qui en avait fait pousser une nouvelle latéralement. La pomme fut placée dans l'eau pour éviter les rides et l'agent, conservant son secret, en acheta d'autres, puis, après avoir mordu l'une d'elles, il dit à un nègre bien mis qui avait attiré son attention : « goûtez-en une ». Le nègre accepta et, tandis qu'il allait en mordre une seconde bouchée, l'agent lui mit prestement les menottes. Il s'était aperçu en effet que la morsure était identique à celle qu'il avait observée antérieurement. Par la suite, la culpabilité du nègre fut reconnue et on le trouva porteur des vêtements et d'une montre avec chaîne qu'il avait volés. Il avoua d'ailleurs que la première chose qui avait frappé ses regards dans le magasin était un tonneau de pommes et qu'après avoir mangé deux bouchées de l'une d'elles il l'avait posée sur une table.

(*British Journal of dental Association.*)

BIBLIOGRAPHIE

Par M. P. Dubois

Dictionnaire abrégé des Sciences médicales par le Dr L. Thomas, *sous-bibliothécaire à la Faculté de Médecine, in-12, 646 pages. Paris, Lecrosnier et Babès, 1889.*

Quel est l'élève, quel est le dentiste, pour ne parler que de ceux-là, qui n'aient été parfois effrayés de la terminologie médicale, et n'aient été tentés de dire comme M. Jourdain au maître de philosophie : *Voilà des mots bien rébarbatifs ?*

L'arbre de la science est devenu si touffu qu'on ne peut que remercier ceux qui veulent bien nous le faire connaître en raccourci. Notre époque pressée ne peut s'attarder aux explications

prolixes auxquelles se complaisent tous les noircisseurs de papier. Elle a besoin de travaux condensés. En voilà un ! Nous serions bien surpris que tous ceux qui travaillent ou s'intéressent aux sciences médicales ne fissent bon accueil à un répertoire de mots et d'idées conçu d'une manière aussi utilitaire que le lexique que nous avons sous les yeux.

Donner l'explication de près de trente mille mots en moins de sept cents pages étaient une tâche plus ardue qu'on ne le suppose, et pour laquelle toute la science et la préoccupation enseignante de notre ami et collaborateur n'étaient pas de trop.

Je ne sais si le Dr Thomas a un peu pensé au dentiste en rédigeant son dictionnaire, mais nous croyons que peu en profiteront autant que lui. Il est le complément obligé d'une bibliothèque professionnelle, si restreinte soit-elle, car si ce petit livre n'est pas la science elle-même, il en est la clef.

AIDE-MÉMOIRE DU CHIRURGIEN DENTISTE

2e édition.

APPRÉCIATION DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le premier journal dentaire du monde, le DENTAL COSMOS, *apprécie ainsi la 2e édition de l'*Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste.

La partie la plus intéressante et la plus remarquable de cet ouvrage est la section relative à la pathologie et à la thérapeutique de la carie dentaire et de ses complications, telles que la dévitalisation de la pulpe, l'inflammation de la membrane péridentaire, les abcès alvéolaires, etc., qui en sont les résultats immédiats les plus ordinaires. L'auteur s'est appuyé sur les résultats des recherches les plus récentes et les a exposés d'une façon claire, concise et instructive.

La seconde partie est consacrée à la dentisterie opératoire et comprend les méthodes et les matières d'obturation, le placement des couronnes artificielles, l'extraction des dents, les accidents en résultant, et l'emploi de l'anesthésie locale pour l'extraction. Le sujet est bien présenté, sous une forme condensée, et il serait difficile de le traiter d'une façon plus complète dans un espace aussi restreint.

Les figures, quoique peu nombreuses, sont bien choisies. Il faut regretter cependant que le créateur des dessins n'ait pas toujours été cité, comme c'est particulièrement le cas page 159

où, en montrant deux formes d'abcès alvéolaire et de fistule, les dessins originaux du Dr Black sont textuellement copiés sans aucune mention. Cette omission sera certainement réparée dans les éditions subséquentes.

Dans son ensemble, la deuxième édition de l'admirable manuel du professeur Dubois ne peut manquer de confirmer l'impression favorable produite par l'ouvrage dans sa forme primitive et d'ajouter à la réputation de l'auteur comme professeur et écrivain.

(Septembre 1889, p. 739.)

(*Dental Cosmos.*)

Nous remercions notre éminent confrère non seulement de son appréciation flatteuse, mais encore de nous avoir signalé une omission involontaire. Nous nous sommes toujours attaché dans le courant de l'ouvrage à indiquer la source de nos emprunts, on en a la preuve en parcourant le volume ; ainsi, page 206 nous avons reproduit une autre figure tirée du même article du Dr Black dans l'*American system of Dentistry*, et pour cette figure comme pour celles tirées de la *Carie dentaire*, du Dr Magitot, nous avons mentionné le nom de l'auteur à qui nous empruntions le dessin. L'omission de la page 159 est donc exceptionnelle et involontaire. Comme le dit l'écrivain du *Cosmos*, cette erreur sera certainement réparée dans les éditions subséquentes.

P. D.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

VI. — ACTION DE LA GLYCÉRINE SUR LE CAOUTCHOUC VULCANISÉ

Par M. Morellet

M. Morellet a observé qu'en plongeant du caoutchouc vulcanisé dans la glycérine bouillante, le caoutchouc prend les caractères du caoutchouc non vulcanisé, c'est-à-dire qu'il peut se souder à lui-même et se dissoudre dans les dissolvants ordinaires du caoutchouc non vulcanisé.

Pour que l'opération réussisse il ne suffit pas de plonger le caoutchouc dans la glycérine et de porter ensuite celle-ci à l'ébullition; il est important de brusquer la réaction, en plongeant le caoutchouc dans la glycérine bouillante. M. Morellet explique de la manière suivante le phénomène qu'il a observé : le caoutchouc se combine au soufre à des températures relativement élevées, mais la combinaison est lente à se reproduire; elle ne s'effectue rapidement que vers 110 à 120 degrés. Lorsqu'on plonge le caoutchouc vulcaciné dans la

glycérine froide et qu'on chauffe progressivement, l'excès de soufre qu'il renferme toujours se combine lentement avec le caoutchouc e la combinaison devenant plus énergique à 110 ou 120 degrés, on obtient alors un caoutchouc durci.

Un grand nombre de caoutchoucs vulcanisés du commerce sont incapables de subir la transformation signalée par M. Morellet ; cela tient à ce que ces caoutchoucs renferment des substances étrangères (oxydes de zinc ou de plomb, carbonate de chaux, huiles vulcanisées au moyen de soufre ou du chlorure de soufre, ozokérise, corps gras, soufre sublimé) et qu'alors la proportion de soufre est trop considérable relativement à elle du caoutchouc.

M. Bouchardat fait remarquer que, selon lui, le caoutchouc vulcanisé est plutôt un mélange qu'une combinaison. Quant à l'explication du phénomène observé par M. Morellet, il l'attribue à la pénétration d'une petite quantité de glycérine dans les couches superficielles du caoutchouc vulcanisé, et cette pénétration est d'autant plus énergique que la température est plus élevée.

M. Raymond a remarqué depuis longtemps que les bouchons en caoutchouc vulcanisé s'altéraient tellement, quand ils étaient en contact avec la glycérine soumise à une haute température, qu'il a dû renoncer à leur emploi.

(*Société de pharmacie de Paris.*)

VII. Sondes en plume d'oie

Une plume d'oie taillée fine peut faire une excellente sonde à canaux. (*Rich. Cosmos*)

VIII. Moyen d'empêcher la corde du tour de glisser

Afin d'empêcher la corde du tour de glisser sur la roue on peut l'enduire de résine. Grâce à ce moyen on peut employer des roues de plus grand diamètre. (*Items of Interest.*)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

OUVRAGES PUBLIÉS EN FRANÇAIS

Compte-rendu du Congrès odontologique de Bâle

OUVRAGES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

Our teeth, published by the Illinois State dental Society. — Nos dents, traité publié par la Société dentaire de l'Etat d'Illinois.

Buxton. — Anœsthetics, their use sand administration. — Les anesthésiques, leurs usages et leur administration (Londres, H. Lewis).

Telschow. — Die heutige Ausbildung der deutschen Zahnaerzte. — L'instruction actuelle des médecins-dentistes (Berlin, Bohne).

PUBLICATIONS PÉRIODIQUES. — ARTICLES ORIGINAUX

Dental Review (juin 1889).

CUSTER. — Sensitiveness of dentine not explained by fluid contents of tubuli. — La sensibilité de la dentine n'est pas expliquée par les liquides contenus dans les canalicules.

STEVENS. — Facial neuralgia. — Névralgie faciale.

Dental Cosmos (juillet 1889).

INGERSOLL. — The relations of the tooth pulp to the other tooth tissues. — Relations de la pulpe avec les autres tissus dentaires.

TALBOT. — Statistics of constitutional and developmental irregularirities of the jaws and teeth of normal, idiotic, deaf and dumb, blind and insane persons. — Statistique des irrégularités et du développement constitutionnel des mâchoires et des dents chez les idiots, les sourds, les muets, les aveugles et les fous.

STORER. — Flasking dentures for vulcanisation. — Vulcanisation des dentiers.

FLAGG. — Campho-phénique. — Le camphre-phéniqué.

British journal of dental science (juin 1889.)

HUTCHINSON. — A surgeon's notes on certain diseases and malformations of the teeth. — Notes d'un dentiste sur certaines maladies et malformations des dents.

CUNNINGHAM. — International dental congress. — Congrès dentaire international.

SILK. — The value of oxygen as an adjunct to nitrous oxide in dental work. — Valeur de l'oxygène comme adjuvant du protoxyde d'azote dans les opérations dentaires.

READ. — Syphilis; its history and the manner in which it affects the mouth. — La syphilis; son historique et ses effets dans la bouche.

NELLIE. — Dental chemistry. — Chimie dentaire.

EMENS. — Capper amalgam. — Amalgame de cuivre.

(Juillet 1889)

HEPBURN. — A few remarks on suction plates, air chambers and artificial rugæ. — Remarques sur les plaques de succion, les chambres à air et les rugosités artificielles.

KIRBY. — Electrical progress and dental practice. — Progrès en électricité et pratique dentaire.

MERRIAM. — Professional atmosphere and morals or patents and secrets in a liberal profession. — Atmosphère et moralité professionnelle ou les brevets et les secrets dans une profession libérale.

Zahnärztliches Wochenblatt (juin 1889)

HAMECHER. — Ein Vorschlag zur Regelung des zahnaerztlichen Studiums. — Proposition de réglementation des études dentaires.

Allen. — Meine Methode Weichgold-Füllungen zu beenden. — Ma méthode pour finir les obturations à l'or mou.

Hruschka. — Ueber den practischen Werth unserer Füllungsmaterialen. — Valeur pratique de nos obturants.

Papsch. — Ueberzählige Zähne. Dents superflues.

Archives of dentistry (avril 1889)

Gottschaldt. — Use of cocaine. A case in practice. — Emploi de la cocaïne. Un cas de pratique.

Percy. — Pregnancy and dental operations. — La grossesse et les opérations dentaires.

Stevene. — Washing amalgam. — Lavage del'amalgame.

Rollins. — The temper of instruments. — Trempe des instruments.

Stevens. — Tin foil for root filling. — Etain en feuilles pour l'obturation des racines.

Beach. — To make sheet wax for trial plates. — Manière de préparer la cire pour les empreintes.

Dental Cosmos (mai 1889)

G. S. Dean. — A case of separation. — Un cas de séparation.

Isaac B. Davenport. — Non cohesive half cylinder and loop filling. — Demi cylindre d'or non adhésif et obturation en boucle.

W. D. Miller. — Min and gold as a filling material. — L'étain et l'or comme obturants.

Talbot. — Compulsory eruption of the teeth. Eruption forcée de dents.

Comegys. — Gum colored porcelain fillings. — Obturations de porcelaine de la couleur de la gencive.

(Juin 1889)

Meriam. — Professionnal atmosphere and morais. — Le corps professionnel et ses règles de morale.

Clifford. — Antipyrétics, antineuralgies et andanalgésies.

Talbot. — Compulsory eruption of the teeth. — Eruption forcée des dents.

Dental review (mai 1889).

S. Case. — A criticism. Critique.

Garrett Newkirk. — Bleaching Teeth. — Blanchiment des dents.

Rohland. — Crowns. When and where shouldthey be used. — Les couronnes. Quand et où elles doivent être employées.

Whitslar. — Tumor of the peridental membrane. — Tumeur de la membrane péridentaire.

Metnitz. — Odontomes. — Odontomes.

Cox. — Tobacco. Le tabac.

The dental record (mai 1889)

William Lang. — Notes on the value ot perfect sight in success ful dentistry. — Importance d'une vue excellente pour réussir les opérations dentaires.

W. M. Gabriel. — Description of a bur for reducing the circumference of roots preparatory to filling gold crowns on them with a new method of securing a metallic model of the root. — Fraise pour réduire la périphérie des racines avant le placement des couronnes

d'or et nouvelle méthode de se procurer un modèle métallique de la racine.

Nitrous oxide narcosis and the blood. — La narcose au protoxyde d'azote et le sang.

(Juin 1889)

Bennett. — A case of absorption in a permanent tooth and its signifiance. — Cas d'absorption dans une dent permanente et sa signification.

Jones. — Implantation of teeth. — Implantation de dents.

Two cases of revere ulceration of the inferior surface of the tongue in infants. — Deux cas d'ulcération grave de la face inférieure de la langue chez les enfants.

British journal of Dental science (avril 1889)

Campion. — Some points of practical importance in the use of amalgam. — Quelques points importants dans l'emploi de l'amalgame.

(Mai 1889)

Page. — Closure of the jaws from ankylosis of temporo-maxillary joint. Excision of the condyle. Contracture des mâchoires par suite d'ankylose de la jointure temporo-maxillaire. Excision du condyle. 17 Congress of the german surgical Society of Berlin. — 17e Congrès de la Société chirurgicale de Berlin.

Whitaker. — The advantagesof a ew methods of gold fillfing. — Avantages de quelques méthodes d'obturations à l'or.

Read. — Dental education at Haward. — Instruction des dentistes au collège Haward.

Casual communications. — Observations de pratique.

Rose. — The existence of teeth without roots. — Existence des dents sans racines.

(Juin 1889)

Tomes. — A case of epithelioma of the teeth. — Cas d'épithélioma des dents.

Retter. — Bridge-work. — Travail à pont.

Davis. — Some results of the use of iodoform. — Résultats de l'emploi de l'iodoforme.

Barnes. — Sixth year molars. — Molaires de six ans.

Burlington. — Obturators. — Obturants.

DIVERS

Cazeneuve (P). — L'industrie du phosphore et des allumettes et la nécrose-phosphorée (*Prov. méd.*, 26 janv.).

Maurion de Larroche. — Mémoire sur les avantages que l'autorité militaire retirerait d'un service régulier de clinique dentaire qui fonctionnerait à côté du service médical. (*Semaine méd.* 19 juin 1889.)

Delarabrie. — Recherches sur la structure des épulis. (*Arch. gén. de méd.*, janvier.)

Luton. — Des irrégularités de l'absorption hypodermique étudiées au moyen de la cocaïne. (*Annales médico-chirurgicales.*)

Netter. — Microbes pathogènes contenus dans la bouche de sujets sains; maladies qu'ils provoquent; indications pour l'hygiéniste et le médecin. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 20 juin 1889.)

Wicherkiewjez (B.). — Beitraege zur Cocaïn-Intoxication. — Contributions à l'intoxication par la cocaïne. (*Therapeut. Mon.*, 11.)

Hashimoto. — Extraction einer vor 15 Jahren verschluckten Zahnbürste aus dem Magen. — Extraction hors de l'estomac d'une brosse à dents avalée quinze ans auparavant. (*Langenb Arch.*, XXXVIII, 1.)

Link (I.) — Zur Frage der lokalen Cocaïnanesthesie. — La question de l'anesthésie locale à la cocaïne. (*Wiener med. Woch.*, 22 déc.)

Bottlin. — Ueber Zahnentwickelung in Dermoidkysten des Ovariums. — Dents dans les kystes dermoïdes de l'ovaire. (*Archiv. für path. anat.* Bd. CXV, 3.)

Bayer. — Beitrag zum Studium und zur Behandlung des Empyems der Highmoreshoehle. — Du traitement des abcès du sinus maxillaire. (*Wien. med. Wochens.*, 10.)

Cousins (J. W.). — New apparatus for fracture of the lower maxilla. — Nouvel appareil pour fracture du maxillaire inférieur. (*Lancet*, II, 13, 1888.)

Hartmann. — Ueber Empyem der Oberkieferhoehle. — Abcès du sinus du maxillaire supérieur. (*Deutsch. med. Wochens*, 10.)

Marsh. — On the elements of success in the operation for cleft palate. — Eléments de succès dans les opérations des fissures du palais. (*Lancet.* II, 1, p. 7.)

Kuster. — Ueber ankylose der Kiefergelenks. — Ankylose de la mâchoire. (*Arch. für Ktin. Chirurg.* Bd., XXXVII, 4.)

Sinné. — Laceration of stenos duct, followed by inactivity of the corresponding parotid gland. — Déchirure du canal de stenose avec inactivité de la parotide correspondante. (*Med. new.*, II. 2, 1888.)

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort de M. Sabra dont la réputation de dentiste arracheur de dents était très connue par le peuple de Paris. Il est mort à 53 ans à Fontenay-aux-Roses où il s'était retiré. Il ne fut malade que quatre mois. M. Sabra était un des derniers représentants de cette classe de dentistes dont toute la fonction consistait à enlever les dents malades et à les remplacer par des dents artificielles.

Nous n'avons jamais entendu articuler la moindre accusation contre l'honorabilité de M. Sabra et c'est avec regret que nous enregistrons sa perte.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

Les cours de l'Ecole dentaire de Paris, — session 1889-1890 recommenceront le lundi 4 novembre.

La séance d'inauguration aura lieu le samedi précédent.

Le registre des inscriptions pour la prochaine année scolaire est ouvert depuis le 1er octobre.

La neuvième brochure annuelle est adressée à tous ceux qui en font la demande.

Les examens théoriques d'octobre commenceront le lundi 14 octobre.

L'Odontologie est le journal dentairè français qui a le plus fort tirage.

Il contient tous les mois :

1° Des TRAVAUX ORIGINAUX, mémoires et articles d'origine française sur les sujets à l'ordre du jour des préoccupations professionnelles. Cette partie du journal fait connaître les leçons les plus interessantes professées à l'Ecole dentaire de Paris, les communications les plus importantes présentées à la Société d'Odontologie de Paris ;

2° Les PROCÈS-VERBAUX détaillés de la Société d'Odontologie de Paris, permettant aux dentistes de suivre les discussions que suscitent les progrès de la science et de la technique, la présentation des nouveaux appareils ;

3° Une REVUE DE L'ÉTRANGER où l'on fait connaître les travaux les plus intéressants publiés en Amérique, en Angleterre, en Allemagne. Le dentiste connaissant la langue française peut ainsi se tenir au courant de tout ce qui se fait d'important dans le monde, touchant la science et la pratique de l'Art dentaire ;

4° Une CHRONIQUE PROFESSIONNELLE traitant et discutant les intérêts généraux et particuliers des dentistes au point de vue de la loi et de la déontologie, ainsi que les résumés des procès-verbaux du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris ;

5° Une REVUE THÉRAPEUTIQUE relatant les recherches sur les nouvelles médications et les nouveaux médicamennts ;

6° Sous la rubrique de MISCELLANEA est inséré un résumé des travaux présontés aux Académies et Sociétés savantes, des articles publiés dans les journaux médicaux ou de sciences naturelles. Les faits secondaires y trouvent place. Les indications bibliographiques sont toujours données afin de permettre les recherches aux lecteurs que ces sujets intéressent ;

7° Une BIBLIOGRAPHIE et un INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL appréciant ou faisant connaître les principales publications sur l'art dentaire et les sciences connexes.

L'ODONTOLOGIE est rédigée surtout au point de vue pratique : elle cherche à servir de guide et de conseil à ses lecteurs, et nous avons fait tous nos efforts pour en faire l'organe indispensable de tous les praticiens qui veulent connaître le progrès, y participer et défendre leurs intérêts en se tenant à l'avant-garde.

VOL. 9. Paris, Octobre 1889 N° 10.

L'ODONTOLOGIE

ESSAI DE TERMINOLOGIE ET DE CLASSIFICATION DE QUELQUES MALADIES DES DENTS ET DE LA BOUCHE

Par M. Paul DUBOIS

Communication au Congrès Dentaire International

La terminologie et la classification ne sont pas essentielles en matière scientifique et technique ; l'usage, appuyé sur des déductions plus ou moins rationnelles, les constitue le plus souvent en système acceptable et cela sans de trop grands inconvénients tant que la science est à ses débuts.

Mais au fur et à mesure que la connaissance s'étend et se précise, il est nécessaire que la terminologie et la classification se rapprochent le plus possible de la réalité des choses, désignant d'une manière compréhensible et synthétique les phénomènes, et groupant ceux qui sont similaires de manière à pouvoir leur appliquer une dénomination commune.

En adoptant des termes et des catégories semblables, ou au moins synonymes, dans les différentes langues, on servirait puissamment l'avancement de la science, par l'étude et par l'échange international des idées rendues compréhensibles pour tous, quelles que soient l'instruction et la langue des praticiens des différents pays.

La simplification et le rationalisme de la terminologie et de la classification, la synonymie internationale ne peuvent s'établir d'emblée. C'est là une affaire de temps et de pénétration que de grandes réunions comme celles-ci ne peuvent que préparer. Pour certaines branches des sciences naturelles, la botanique, la zoologie, etc., les savants ont adopté une terminologie et une classification acceptées par tous, quelle que soit leur nationalité, et, sans cet auxiliaire de progrès et de diffusion, ces sciences auraient eu de moindres éléments de développement. C'est

grâce à cet internationalisme dans les formes de la pensée que les savants du monde entier travaillent sur les mêmes données. Nous pouvons, sans de trop grandes difficultés, faire de même en odontologie. La petite branche que nous avons à connaître est moins complexe, moins touffue que la partie des sciences naturelles traitant de l'ensemble des êtres du règne animal et du règne végétal; l'entreprise est donc très justifiée.

Beaucoup de bons esprits ont préconisé l'usage d'une langue scientifique universelle. Il se peut qu'avec cette envergure l'idée manque de chances de réalisation immédiate; néanmoins tout effort dans ce sens préparera des matériaux pour l'édification future. Ce n'est probablement que quand des spécialistes de même labeur et de mêmes préoccupations auront réalisé l'entente sur des champs restreints, qu'il sera possible de la généraliser et de l'étendre à des ordres de faits plus vastes.

Nous pouvons donc commencer le travail dès maintenant, laissant à un avenir plus ou moins prochain le soin de le compléter et de lui donner un cadre assez étendu et assez souple pour y placer les faits connus ou à connaître.

II

En odontologie, la terminologie et la classification se sont établies d'une manière très empirique. Les différents pays, les différentes écoles, et mêmes les différents auteurs, ne sont pas d'accord pour désigner, même avec une équivalence approximative, les désordres que le dentiste est appelé à combattre.

Pour l'école américaine — Harris, Taft, etc. — les caries se distinguent d'après leur localisation sur les différents points de la couronne; pour l'école française, la classification des caries est basée sur les altérations anatomiques d'après leur degré de profondeur : émail, dentine, pulpe malade, pulpe morte ; il s'ensuit que lorsqu'un auteur français parle d'une carie du 4e degré, il n'est pas compris de son confrère américain. Cet état de choses ne peut se perpétuer sans inconvénients multiples.

Quels sont les principes qui doivent nous diriger pour établir ou réformer les dénominations et les groupements des principales affections que l'art dentaire se propose de guérir ?

Nous devons déclarer tout d'abord que nous ne pouvons être révolutionnaire, car on ne crée ni ne transforme une langue de toutes

pièces sans tenir compte de l'usage établi ; on ne peut donc être un logicien à outrance et baser sur un principe (plus ou moins contestable) la dénomination de tout un ensemble de faits. Il n'en est pas moins vrai que, si on réforme, on doit le faire au nom du rationalisme et de la filiation logique des idées.

L'idéal d'une dénomination et d'une classification est d'être *simple, mnémonique et logique*. La dénomination doit indiquer clairement et sans confusion possible ce qu'est l'affection, tout en permettant de classer le cas particulier dans une série plus générale, de manière à évoquer, par la simple énonciation du mot, tout un ordre de phénomènes ; cela existe déjà en partie, en nosologie médicale et dentaire; nous n'aurons donc qu'à préciser, à modifier quelque peu, pour arriver au commencement d'entente que nous souhaitons.

Nous prendrons pour cadre de cet essai l'œuvre considérable de Magitot qui, le premier, a su mettre de l'ordre dans la description des maladies de la bouche et des dents. Malgré la valeur considérable des travaux de notre éminent compatriote, on ne peut accepter telle quelle sa classification qui n'a pas été coordonnée dans un but d'ensemble ; de plus nous la trouvons trop compliquée pour être adoptée par tous; ses subdivisions sont trop nombreuses, elles ne répondent pas toujours à la réalité des choses, aux rapports qu'elles ont entre elles ; enfin cette classification est peu mnémonique, ainsi que nous avons pu maintes fois le constater en interrogeant les élèves les plus studieux.

Il y a donc surtout à simplifier pour rendre cette classification acceptable par un grand nombre de praticiens. Nous espérons pouvoir le faire sans nuire à la synthèse et à l'analyse des idées.

Trois caractères principaux peuvent servir à dénommer une maladie : sa cause, son siège, la forme de la lésion. Si tous les trois étaient bien connus, le nom devrait les rappeler en abrégé. Il n'en est pas ainsi. La cause surtout est bien souvent encore sujette à discussion et ne peut que rarement servir à titre définitif. La localisation de la lésion, sa nature, c'est-à-dire l'anatomie pathologique, sont, en matière d'affections de la bouche et des dents, généralement plus certaines, et comme elles fournissent presque toujours l'indication de traitement, c'est à elles que nous ferons appel de préférence pour établir les noms et grouper les affections similaires.

III

Voici la terminologie et la classification que je soumets au Congrès :

1° AFFECTIONS DENTAIRES ;
2 AFFECTIONS BUCCALES.

1° AFFECTIONS DENTAIRES

a) TÉRATOLOGIE OU MALADIES DE LA PÉRIODE DE FORMATION (AFFECTIONS CONGÉNITALES).

b) PATHOLOGIE PROPREMENT DITE OU MALADIES DE LA PÉRIODE D'ÉTAT OU POST-ÉRUPTIVE (AFFECTIONS ACQUISES).

A. — TÉRATOLOGIE

MALFORMATIONS CONGÉNITALES OU ANOMALIES DENTAIRES

1° ANOMALIES DE FORME

Totales.

Partielles { coronaires. / radiculaires.

2° ANOMALIES DE STRUCTURE

De structure superficielle. { Taches, lacunes, espaces interglobulaires. / Erosion en sillon. / Erosion en nappe. Amorphisme.

De structure profonde.

a) Odontomes. { Embryoplastiques. / Odontoplastiques. / Radiculaires.

b) Kystes folliculaires ou dentigères. { embryoplastiques. / odontoplastiques.

c) Atrophie folliculaire.

3° ANOMALIES DE DISPOSITION

a) Par réunion de deux germes.
b) Par division d'un seul.

4° ANOMALIES D'ÉRUPTION

a) Par éruption précoce.
b) Par éruption tardive.
aa) Par chute précoce.
bb) Par chute tardive.

5° ANOMALIES DE DIRECTION

a) Par antéversion.
b) Par rétroversion.
c) Par inclinaison latérale.
d) Par rotation sur l'axe.

6° ANOMALIES DE SIÈGE

a) Par transposition dans l'arcade.
b) Par hétérotopie ou hors de l'arcade.

7° ANOMALIES DE NOMBRE

a) Par augmentation.
b) Par diminution.

8° ANOMALIES DES MAXILLAIRES
(liées aux anomalies dentaires)

a) Atrésie.
b) Diastolie.
c) Prognathisme.
d) Opisthognathisme.

9° ACCIDENTS DITS DE DENTITION

a) De la dentition temporaire.
b) Des 28 premières dents permanentes.
c) Des dents de sagesse.

B. — PATHOLOGIE

AFFECTIONS DENTAIRES ACQUISES OU DE LA PÉRIODE POST-ÉRUPTIVE

I. — LÉSIONS MÉCANIQUES DE L'ÉMAIL ET DE LA DENTINE

a) Fracture partielle ou éclat sans lésion des tissus mous.
b) Fracture avec lésion des tissus mous.

II. — ABRASION MÉCANIQUE

a) Abrasion sans lésion de la pulpe.
b) Abrasion avec lésion de la pulpe.

III. — CARIE DENTAIRE

I. — *Premier degré.*

Lésion de l'émail.

II. — *Deuxième degré.*

Lésion de l'émail et de la dentine (sans pénétration jusqu'à la pulpe).

Deux subdivisions.

a) Carie superficielle peu profonde et notablement distante de la pulpe.

b) Carie atteignant le voisinage de la pulpe.

III. — *Troisième degré*

Lésion de l'émail et de la dentine avec pénétration jusqu'à la pulpe.

Deux subdivisions.

a) Avec dénudation récente et limitée.

b) Avec dénudation ancienne et étendue.

IV. — *Quatrième degré.*

Lésion de l'émail et de la dentine avec mortification de la pulpe.

Cinq subdividions.

a) Carie avec mortification pulpaire simple, sans infection sensible des canaux.

b) Carie avec infection des canaux sans retentissement du côté du périoste.

c) Carie avec périostite légère, subaiguë ou chronique.

d) Carie avec désordres alvéolaires bénins, fistule gingivale, abcès alvéolaire récent et de faible intensité.

e) Carie avec désordres graves, aigus ou chroniques :

IV. — LÉSIONS DE LA PULPE

1° Pulpites aiguës..... { *a*) P. subaiguës.
b) P. aiguës.
c) P. suraiguës.

1° *avec atrophie* :

2° Pulpites chroniques. { *a*) dégénérescence calcique.
b) dégénérescence graisseuse.

2° *avec hypertrophie et néoplasie*

a) hypertrophique.
b) tumeurs de la pulpe.

3° *Nécrose de la pulpe.*

a) Nécrose partielle.
b) Nécrose totale.

V. — LÉSIONS DE LA MEMBRANE ALVÉOLO-DENTAIRE

1° Formes hypertrophiques.
a) Periostite subaiguë.
b) Périostite aiguë.
c) Périostite chronique avec hyperthophie simple.
d) Périostite chronique avec abcès alvéolaire.

2 Formes néoplasiques....
a) Kystes radiculaires.
b) Tumeurs du périoste.

VI. — LÉSIONS DU CÉMENT

Exostoses.
Nécrose régressive.

VII. — LÉSIONS DE LA DENT EN TOTALITÉ

a) Luxation.
b) Fracture spontanée.

VIII. — ARTHRITE ALVÉOLO-DENTAIRE

AFFECTIONS BUCCALES

I. — GINGIVITES

a) Gingivite simple ou érythématheuse.
b) Gingivite suppurée.
c) Gingivite fongueuse.
d) Gingivite hypertrophique.
e) Gingivite ulcéro-membraneuse.

II. — STOMATITES

a) Stomatite simple ou érythémateuse.
b) Stomatite ulcéreuse.
c) Stomatite aphteuse (ou vésico-ulcéreuse.
d) Stomatite crémeuse ou muguet.
e) Stomatite ulcéro-membraneuse.
f) Stomatite gangréneuse ou gangrène de la bouche.

Nous n'avons pas étendu le travail aux autres affections buccales, nous réservant de le faire ultérieurement.

FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR GUÉRIE PAR L'APPLICATION D'UNE COIFFE D'ALUMINIUM

Par M. Ronnet

Professeur adjoint à l'École dentaire de Paris,

Communication à la Société d'Odontologie de Paris

Les fractures du maxillaire inférieur ne sont pas rares dans les services de chirurgie, elles sont exceptionnelles dans la clientèle de la ville et, pour cette raison, les dentistes se trouvent embarrassés au jour où ils ont à en traiter une. Je n'ai pas à répéter devant vous tout ce qui se rattache à cette question, je voudrais seulement vous présenter quelques considérations à propos d'un cas que j'ai eu à soigner récemment et pour lequel, quoique la fracture fût simple, le malade n'avait pu se faire traiter dans deux de nos grands hôpitaux.

Louis Corr..., 36 ans, né à Roussillon (Saône-et-Loire), laveur au chemin de fer du Nord, eut, à 17 ou 18 ans, une attaque d'hystérie et depuis ce temps en est atteint deux ou trois fois par année.

Lors de l'une de ces attaques (1er novembre 1888), il se promenait avec sa femme, lorsque tout à coup il tomba sur le trottoir; il fut de suite porté chez un pharmacien qui, s'apercevant d'une forte contusion à la face, l'engagea à aller à l'hôpital.

Le 2 novembre il se présenta à l'hôpital Lariboisière et y fut admis d'urgence. D'après les souvenirs du malade il n'y eut pas ou il y eut peu de période inflammatoire; pendant quelques jours on lui fit faire des gargarismes, puis on essaya de lui poser un appareil que, d'après sa description, nous croyons être celui de Houzelot; mais comme on n'arriva pas à le fixer, on se contenta de faire des irrigations et des gargarismes. Un bandage lui maintenait le maxillaire fracturé.

Quinze jours après on renvoya le malade de l'hôpital en lui disant que la consolidation s'opérerait toute seule; il recommença donc à travailler. Quelques jours après, la canine gauche placée au dessus de la fracture étant très mobile, le malade l'enleva avec le doigt.

Vers cette époque aussi il s'établit une fistule sous-mentonnière.

Las de ne pas voir la guérison s'opérer, il se présenta le 18 janvier à l'hôpital Saint-Louis, espérant qu'on pourrait remédier non seulement à la fracture mais surtout à la fistule qui le gênait beaucoup.

Comme nous étions dans le service du Dr Péan pour voir une autre malade, Corr... nous fut présenté et nous nous engageâmes à lui faire un appareil afin d'obtenir la réunion des fragments.

Fracture unilatérale du maxillaire inférieur passant entre la canine gauche et la première prémolaire.

État actuel :

Ainsi que nons l'avons dit, la canine n'existait plus, la ligne de fracture est oblique dans le sens antéro-postérieur et presque verticale selon la hauteur.

Il y a peu de déplacement et seulement aux dépens du fragment comprenant le côté droit, le non cassé ; le fragment droit s'est rapproché de la prémolaire gauche de telle façon qu'il n'y a pas trace de la disparition de la canine; l'incisive latérale et la prémolaire se touchent.

Au dessous de la fracture, il existe un trajet fistuleux venant sourdre à la région sous-mentonnière, la fistule n'a pas un écoulement très abondant.

L'état général est bon, pas de douleurs, peu de gêne à la phonation, la mastication seulement se fait difficilemeut.

Tout d'abord nous eûmes l'intention de lui appliquer l'appareil de Martin de Lyon, mais par suite de certaines difficultés d'exécution, sans doute dues à un premier essai, nous y renonçâmes.

Celui que nous avons placé se compose de deux parties :

1° Un appareil interne en aluminium estampé couvrant toute la surface des dents inférieures en maintenant les fragments à leur place, la fraction réduite.

2e Une fronde extérieure maintenant l'immobilité ; et fixant une gouttière en aluminium estampée sur la forme de la face.

Le 24 janvier nous lui posons les dits appareils, le lendemain 25 il rentre à l'hôpital. On lui ordonne des lavages constants à l'aide d'une seringue avec de l'eau boriquée.

Le 4 février nous voyons notre malade, pas de changement notable. Cependant moins de suppuration par la fistule ; le malade se plaint d'avoir la mâchoire de travers.

Ce phénomène n'est dû qu'à un léger déplacement de la fronde que nous remettons immédiatement en place; continuation du traitement antiseptique.

Le 18 février, nouvelle visite, la fistule est tarie depuis trois à quatre jours la mâchoire est à sa place normale, le cal est en voie de formation.

Nous enlevons la fronde, mais nous maintenons l'appareil

Continuation du traitement antiseptique. Le 27 nous revoyons le malade sorti de l'hôpital depuis la veille, totalement guéri.

Ainsi malgré la longueur de temps écoulé entre la fracture et la pose de notre appareil ; la réunion et la consolidation des parties osseuses purent se faire en un mois ; la coiffe en aluminium eut assez de rigidité pour empêcher le déplacement et rétablir l'articulation normale, les accidents consécutifs au non traitement disparurent bien vite et la guérison marcha régulièrement dès le lendemain de la pose de notre appareil.

Cela indique que la fracture du maxillaire inférieur peut être traitée par des moyens très simples.

J'ai à remercier mon ami Dubois de ses bons conseils en la circonstance.

APPAREIL POUR RESTAURATION PALATINE A LA SUITE DE NÉCROSE PHOSPHORÉE

Par M. Ronnet.

Je désire présenter à la Société une observation de restauration palatine assez intéressante par les bons résultats que la prothèse a assurés au malade.

S... L..., trente-deux ans, entre dans les ateliers de trempage à la Compagnie générale des allumettes en juin 1887 ; on lui extrait deux racines à la mâchoire supérieure. Au mois d'août de la même année il est atteint d'un commencement de nécrose, qui nécessite son entrée à l'hôpital Saint-Louis le 27 septembre, il est reçu dans le service du Dr Péan.

Il est opéré le 12 octobre par l'habile chirurgien qui lui résèque une partie du maxillaire supérieur côté droit. Cette résection fait disparaître tout le bord alvéolaire, surtout dans sa partie postérieure. Huit jours après le malade sort de l'hôpital.

Au mois d'avril suivant S... subit une récidive de la maladie et, le 26 mai, le Dr Péan l'opère à nouveau en enlevant presque toute l'apophyse alvéolaire. Cinq jours après il sort de l'hôpital.

La cicatrisation s'opère parfaitement et rapidement et, au mois de novembre suivant, il se présente à l'Ecole dentaire pour demander si on peu atténuer le triste état de choses résultant des deux opérations. La voûte palatine et le bord alvéolaire n'existent plus enquelque sorte et la bouche forme un vaste cloaque au fond duquel sont les cornets des fosses nasales.

Il s'ensuit que les mucosités et les aliments coulent ou s'y engagent, le malade parle inintelligiblement, et mange avec la plus grande difficulté ; la conséquence doit être une anémie cachexique à bref délai. Nous nous proposons donc d'y remédier.

Cela nous fut facile à l'aide d'un appareil comme celui que je vous présente, mais les difficultés étaient dans la nécessité de la la légèreté et dans les moyens d'attache qui manquaient complètement à la mâchoire supérieure. Heureusement la mâchoire inférieure était en bon état et, à l'aide d'une cage en platine, je pus fixer des ressorts qui assurèrent le maintion de l'appareil.

Il fut posé le 20 novembre, les résultats furent de suite excellents, le nasonnement fut presque supprimé, et la mastication redevint facile.

Je ne vous présente cette observation que pour montrer à nouveau les bienfaits de la prothèse à la suite des mutilations opératoires.

CONGRES DENTAIRE INTERNATIONAL

SÉANCE D'OUVERTURE DU LUNDI 2 SEPTEMBRE 1889.

Salle des Conférences au Palais du Trocadéro.

PRÉSIDENCE d'honneur de M. Gariel, professeur à la Faculté de Médecine.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2 du matin. M. Gariel donne la parole à M. le Dr David, président du Comité d'organisation du Congrès.

DISCOURS DE M. DAVID.

Messieurs,

Au nom du comité d'organisation du Congrès, qui m'a fait l'honneur de m'élire son président, je prie les membres étrangers de vouloir bien agréer tous nos remerciements pour la sympathie qu'ils nous ont témoignée, soit en adhérant à notre Congrès, soit surtout en prenant la peine de venir se joindre à nous dans cette circonstance. J'adresse des remerciements, non moins sincères, aux confrères venus de divers points de la France, sans oublier les Parisiens dont l'adhésion a été pour nous un précieux encouragement à mener notre œuvre à bonne fin.

La réunion de notre Congrès était indiquée par le concours des circonstances qui attirent actuellement à Paris les étrangers en si grand nombre. Il était à supposer que les dentistes n'échapperaient pas à l'attraction commune et nous avons pensé qu'il y aurait lieu de profiter de cette occasion pour réunir les confrères venus de l'étranger, afin d'échanger avec eux nos vues sur les nombreuses questions d'art et de science dentaires encore en litige.

Mais une autre manière de voir motivait encore cette réunion. Je viens de parler d'art et de science dentaires. La science dentaire! quelle expression impropre, diraient encore beaucoup de médecins. Depuis quand l'art dentaire est-il devenu une science? Qu'on le veuille ou qu'on s'y oppose, les spécialités se créent et s'établissent lorsqu'elles répondent à un besoin réel; la division du travail s'impose comme une nécessité ; nous n'échapperons pas aux lois économiques.

A mesure que notre champ s'étend et que la culture en devient plus difficile, il nous faut des ouvriers spéciaux. L'odontologie, à n'en pas douter, peut être aujourd'hui considérée comme une science, comme une branche de la médecine, et son domaine est encore assez étendu pour occuper toute notre intelligence, toute notre activité.

Elle exige d'abord toutes les connaissances générales du médecin; et, au point de vue spécial, son enseignement, sa pratique nécessitent le concours de plusieurs individualités.

Il y a même un point noir que j'ose à peine indiquer, tant il nous reste à faire pour le défricher : l'HYGIÈNE. Il nous faudra dépenser de bien nombreux efforts pour faire accepter à l'humanité les bienfaits que l'odontologie peut lui rendre par une hygiène bien conçue, appropriée aux divers états de l'individu, depuis son entrée à l'école jusqu'à l'état adulte. Vous tous qui êtes des praticiens, vous entre-

voyez combien de maladies, combien de difformités l'on pourrait éviter aux bouches humaines. Je signale en passant cette étude à l'attention des pouvoirs publics.

Bien plus, c'est précisément à notre époque que la science pénètre de plus en plus dans notre domaine, comme je le montrerai tout à l'heure, et c'est pourquoi il nous a semblé bon de marquer cette époque par la réunion d'un congrès.

L'art dentaire, nous connaissons son histoire. Sans vouloir faire ici de revendications blessantes pour personne, nous pouvons bien dire qu'il est né en France avec Fauchard, dont les illustres continuateurs, Bourdet, Bunon, Duval-Delabarre, Serre, Miel, n'ont pas laissé ternir la gloire. Mais si les premiers dentistes du XVIIIe siècle ont élevé si haut leur art, c'est parce qu'ils étaient en quelque sorte le reflet des grands chirurgiens d'alors, qui avaient eux-mêmes consacré une partie de leurs études au développement et aux maladies des dents. Lisez les œuvres de Dionis, de Mery, de Jean-Louis Petit, de la Motte, de Garengeot, etc... et vous verrez que ces chirurgiens, pour la plupart membres de l'Académie des sciences, ne dédaignèrent pas d'écrire un ou plusieurs chapitres sur les maladies des dents et les opérations qu'elles réclament.

C'est également ce qui s'est passé à l'étranger, qui dans la première moitié de ce siècle et même plus tard encore, a acquis sur nous la suprématie en art dentaire. Les ouvrages de nos dentistes du XVIIIe siècle ont été traduits dans presque toutes les langues : en anglais, en allemand, hollandais ; on a donc étudié à l'étranger l'art dentaire, d'après les idées françaises, — mais alors de grands chirurgiens, comme Bell, comme Hunter, en Angleterre, se sont emparés de la question, l'ont étudiée longuement et leurs écrits propagés en Amérique ont été l'origine de ces progrès en art dentaire qui ont pendant longtemps donné une grande vogue, et à juste titre, aux dentistes anglais et américains.

Depuis une dizaine d'années une réaction semblable se fait en notre faveur. Cette renaissance en France a eu deux causes que personne, j'en suis sûr, ne contestera : les travaux de M. Magitot et ses élèves, et la création de deux écoles dentaires à Paris. C'est grâce à ces causes que l'art dentaire a fait de nouveaux progrès en France et qu'il tend à devenir une science.

En parlant des travaux de M. Magitot, je n'oublie pas, messieurs, ceux qui ont pris jour à l'étranger, soit avant, soit après les siens. Je n'oublie pas davantage ses collaborateurs, Robin, Legros, etc... Je veux simplement constater ici l'influence de ces travaux sur la renaissance de l'art dentaire en France et sa transformation en science. A l'étranger, le mouvement se prononce dans le même sens et je rends hommage aux travaux de Colman, Tomes, Kolliker, Harmower, Undervood, Miller, etc.

Vous ne pourrez mieux constater nos progrès comme art et vous en faire une idée plus exacte qu'en examinant les vitrines de dentistes à la classe 14 et en allant visiter nos écoles dentaires.

Comme science, l'odontologie n'a pas fait, il faut le reconnaître, de progrès rapides pendant longtemps. Les savants qui se sont occupés des dents, Cuvier, Saint-Hilaire, de Blainville, Broca, se sont bornés à l'étude de leur évolution et de leurs anomalies ; c'est seulement depuis une dizaine d'années que, grâce au progrès de la microbiologie, la pathologie dentaire est sortie du chaos où elle sommeillait.

Et cependant les premiers microbes qui ont été reconnus appartenaient à la bouche; c'est en examinant la salive au microscope que Lœvenoeck, en 1683, découvrit des animalcules et des corps dont la description répond absolument au *leptothrix buccalis*, et c'est seulement dans ces derniers temps, après deux cents ans d'oubli, qu'on a repris assidûment cette étude.

Il ne faut donc pas s'étonner si on est encore si peu avancé dans les questions qui ressortissent à la pathologie dentaire ; mais celles-ci ont profité des études qu'on a faites des microbes vulgaires ainsi que de leur rôle dans les diverses maladies et nous espérons que les progrès en seront rapides. On entrevoit déjà ce rôle dans la carie, — dans cette affection si bien connue cliniquement, si obscure dans sa pathogénie, que nous avons appelée, faute de mieux, *maladie de Fauchard*, — dans divers abcès qui prennent naissance autour des mâchoires, au cou, etc. Un grand nombre de chercheurs sont à l'œuvre, à l'étranger comme en France, et en voyant le riche index bibliographique qui se trouve en tête du récent traité de Miller sur les microbes de la bouche, on sent que cette étude marche de pair avec les autres et que la solution ne saurait se faire attendre.

Le second facteur auquel j'attribuerai la renaissance de l'art dentaire français c'est la création de deux écoles spéciales. Les services qu'elles ont rendus l'une et l'autre sont incontestables ; elles ont fait de vrais dentistes et nous espérons que le temps où le premier venu s'improvisait dentiste, par la grâce de son davier, ne reviendra plus. En attendant que le gouvernement veuille bien réglementer les études de l'art dentaire et son exercice professionnel, nous espérons que toute personne exerçant cet art en France pourra justifier de trois années d'études dans une de ces écoles et inspirer à ses clients une confiance méritée.

Ces deux écoles, messieurs, ont été longtemps rivales et le resteront peut-être ; je ne puis prévoir l'avenir, ni par conséquent vous le dévoiler. Elles se sont cependant un jour réunies dans un sentiment patriotique qui leur fait le plus grand honneur, le jour où il s'est agi d'organiser ce Congrès et de montrer aux confrères de la province et de l'étranger que Paris avait à cœur de relever aussi haut que possible notre profession. Je leur en exprime publiquement toute ma reconnaissance. S'il m'était permis d'émettre ici un vœu, ce serait de voir cette rivalité cesser définitivement et se fondre dans un mariage non pas d'inclination, mais de raison. Partout l'union fait la force ; l'art dentaire ne peut échapper à cette loi, et je ne doute pas que ses progrès ne soient plus rapides, le jour où nos deux écoles s'uniraient pour travailler en commun.

C'est dans cet esprit d'union, de concorde, que nous avons admis sans distinction tous les praticiens, qu'ils soient médecins, docteurs ou simples mécaniciens. Nous avons voulu que ce Congrès fût celui des dentistes, indiquant notre trait d'union, la spécialisation de de notre pratique. Notre entité ne date pas d'hier. N'est-elle pas consacrée par les écrits, par les titres (expert dentiste) de nos devanciers ? Hunter l'a reconnue d'une façon très nette. Dans son traité des dents, il indique les maladies qui ressortissent au médecin, au chirurgien ; « Mais celles, dit-il, qui sont particulières aux dents, à leurs dépendances immédiates, appatiennent aux dentistes. » (P. 86.)

Nous n'avons tous ici qu'une pensée : concourir dans la mesure de nos forces à l'avancement et à la considération de la chirurgie dentaire.

J'espère que les étrangers, qui nous ont fait l'honneur de nous visiter, emporteront de l'état de l'art dentaire en France une impression qui ne sera pas trop défavorable. Nous avons surtout voulu vous montrer, messieurs, un corps professionnel digne de vous recevoir. Par une faveur très précise, ce corps non réglementé, pour ainsi dire toléré, reçoit aujourd'hui sa première estampille officielle. Nous en remercions bien chaleureusement M. le ministre du Commerce et de l'Industrie que nous sommes heureux de voir représenté par l'éminent maître M. Gariel.

Sans doute, vous constaterez chez nous, comme ailleurs, des lacunes ; mais il en est bien d'autres dans la littérature des deux mondes, et c'est le propre des congrès de les constater et de chercher à les combler. C'est ce que vous allez faire dans les séances qui vont vous réunir. Je vous invite donc, messieurs, après vous être constitués, à vous rendre dans vos sections et à arrêter les travaux de chacune d'elles, en commençant par la composition des bureaux. Mes fonctions se terminent avec cette séance. Permettez-moi cependant d'adresser un juste tribut de regrets à deux collaborateurs que nous avons perdus, depuis la constitution de notre comité. J'ai nommé MM. Brasseur et Andrieu dont la place reste encore vide parmi nous.

Je fais des vœux pour que le Congrès des dentistes, notre œuvre à laquelle notre zélé secrétaire général, M. Pourchet, a prodigué un infatigable dévouement, ne soit pas moins intéressant que ceux qui ont tenu leurs assises à Paris, cette année ; ce sera un nouveau succès à ajouter à celui de notre Exposition qui non seulement honorera la France républicaine, mais qui, en outre, donnera une impulsion nouvelle à la civilisation du monde entier.

J'ai tenu à remplir jusqu'au bout la tâche que j'avais assumée, mais je décline toute candidature dans la constitution du bureau que vous allez nommer.

Vous pourrez porter vos suffrages sur une liste que vous présente le comité et qui assurera la bonne direction de vos séances.

M. Gariel, président d'honneur, prononce alors l'allocution suivante :

DISCOURS DE M. GARIEL

Messieurs,

M. le Ministre du Commerce, commissaire général de l'Exposition, étant empêché d'assister à la séance d'ouverture du Congrès International Dentaire, m'a délégué pour le remplacer et pour présider cette séance.

Ma première parole sera pour saluer, au nom du gouvernement de la République, tous ceux qui ont répondu à l'appel qui leur a été adressé et plus spécialement pour souhaiter la bienvenue aux étrangers qui viennent nous apporter le concours de leurs connaissances et de leur talent.

Lorsque les données fondamentales de l'Exposition internationale de 1889 eurent été établies, et quoique l'on eût pleine confiance dans

la réussite de cette œuvre (il ne nous appartient pas de dire jusqu'à quel point cette réussite a été complète), on s'aperçut que, quelles que fussent les merveilles que pourraient accumuler les arts et l'industrie, on n'aurait pas une représentation intégrale des progrès de l'esprit humain à la fin du XIX[e] siècle. Pour compléter cette œuvre, qui devait célébrer dignement le centenaire de l'une des plus grandes dates de l'histoire des peuples, on pensa que, à la réunion des produits matériels, il convenait de joindre, pour ainsi dire, une exposition des résultats atteints dans toutes les branches où s'exerce l'activité de l'esprit humain ; reprenant, en l'étendant, une idée qui avait été fructueuse en 1878, on décida qu'il y avait lieu d'organiser des congrès internationaux et une commission spéciale, la Commission supérieure des congrès et conférences de l'Exposition de 1889, fut chargée de s'occuper de cette organisation.

La Commission décida, fort sagement, je crois, qu'elle n'organiserait pas elle-même les congrès, mais qu'elle proposerait au ministre, pour chaque congrès, la nomination d'un comité qui aurait la charge et l'honneur de faire réussir le congrès. La Commission supérieure conservait dans ses attributions la détermination des congrès qui seraient acceptés et reconnus officiellement par le gouvernement et, dans une certaine mesure, le contrôle des programmes des congrès.

C'est donc à la Commission supérieure que fut remise la demande d'un Congrès international dentaire ; je ne crois pas manquer à la discrétion professionnelle en vous donnant quelques détails sur l'accueil qui fut fait à cette demande ; peut-être y aura-t-il là un enseignement qui pourra ne pas être perdu.

Je dois vous le dire, la première impression ne fut pas favorable : la Commission supérieure, composée d'hommes éminents dans les lettres, les arts, les sciences, l'industrie, le commerce, n'était pas très au courant des questions relatives à l'odontologie, et deux objections furent présentées comme graves.

En premier lieu, on émit l'opinion qu'il n'y avait pas utilité à réunir un Congrès dentaire où pourraient être traitées seulement des questions techniques, où pourrait se manifester l'habileté des opérateurs, mais où il n'y avait place pour aucune discussion scientifique.

Il ne fut pas difficile à celui qui s'était chargé de présenter votre demande de montrer combien cette opinion était erronée ; elle n'eût pas été déraisonnable il y a quelques années, mais les travaux faits in odontologie, travaux sérieux, travaux qui dénotent chez leurs auteurs de profondes connaissances, ces travaux montrent qu'il y a à une partie de l'art de guérir qui relève absolument de la science. La création d'écoles spéciales, dans presque tous les pays, est une preuve capitale de la transformation qu'a déjà subie votre profession : dans ces écoles, il n'y a pas seulement des exercices pratiques, sorte d'apprentissage manuel très important, d'ailleurs, il faut le reconnaître, mais il y a également un enseignement théorique dont la nécessité n'est plus discutée par personne parmi vous.

Ces raisons convainquirent la Commission supérieure sur ce point. Elle n'eût pas pu avoir l'ombre d'une hésitation si elle avait eu connaissance du programme détaillé de notre congrès, qui vient de vous être distribué et dans lequel elle eût été frappée du caractère absolument scientifique des communications annoncées.

Un autre point faisait hésiter la Commission supérieure : à tort ou à raison (je voudrais croire que c'est à tort), elle était convaincue

que les rivalités professionnelles étaient très vives parmi les dentistes. Ces rivalités ne sauraient être supprimées, quels que soient le métier, l'état ou la profession ; elles sont même, dans une certaine mesure, une des conditions du progrès. Mais l'opinion générale était que ces rivalités prenaient parmi vous un caractère presque d'animosité personnelle qui devait empêcher qu'on parvînt à s'entendre soit dans le comité d'organisation, soit au Congrès même. Cette objection fut levée immédiatement par la manière même dont la demande du Congrès était présentée : les deux Sociétés rivales, la Société odontologique de France et la Société d'odontologie de Paris, laissant de côté les questions qui les divisent, s'étaient réunies pour prendre l'initiative du Congrès dentaire, pour l'organisation duquel une part égale devait être faite à chacune d'elles. Cette demande collective montrait que, si les rivalités professionnelles existent, elles peuvent être mises de côté par tous, lorsqu'il s'agit de faire une œuvre utile.

La Commission supérieure fut très frappée de cet accord, comme je l'avais été moi-même, et après quelques incidents de moindre importance, l'organisation du Congrès fut décidée, et le Comité put se mettre promptement à l'œuvre : je n'ai pas à apprécier ce qu'il a fait, mais vous pouvez déjà vous convaincre par le programme de votre session, par le nombre des adhérents en général, par la quantité et par la qualité des étrangers qui se sont fait inscrire, que ces travaux ont été fructueux.

Il y a, Messieurs, je le disais, un enseignement à tirer de cet historique : il me paraît certain que les objections qui se sont produites au sein de la Commission supérieure sont l'expression d'opinions qui ont généralement cours dans le public : il faut qu'elles disparaisent peu à peu, pour que votre profession soit estimée à sa juste valeur. L'installation d'écoles, l'établissement d'un diplôme spécial dans les pays où il n'existe pas encore, contribueront à atteindre ce résultat. La production de travaux ayant le caractère vraiment scientifique peut également y aider beaucoup en montrant votre profession sous son véritable point de vue.

Quant aux rivalités professionnelles, montrez, dans ce Congrès et dans les réunions qui, directement ou indirectement, en seront la suite, qu'elles n'excluent pas les bonnes relations et la courtoisie, et vous répondrez ainsi victorieusement à une objection qui n'était peut-être pas sans fondement.

Je crois, Messieurs, qu'il serait bon que ce Congrès international fû suivi ultérieurement d'autres réunions dont la nature serait à déterminer, soit qu'on provoquât d'autres congrès spéciaux, soit que l'on se décidât à organiser une section odontologique dans les congrès médicaux. La question est trop complexe pour que je veuille vous donner un avis ; d'ailleurs, à mon sens, la forme est secondaire : ce qui importe c'est que, à nouveau, vous puissiez vous réunir et continuer l'œuvre de progrès pour laquelle vous êtes assemblés aujourd'hui.

Messieurs, je déclare ouvert le Congrès international dentaire de 1889.

(Ce discours est accueilli par des applaudissements prolongés.)

DISCOURS DE M. LE Dr GAILLARD

Mesdames, Messieurs,

Avant de prendre place aux fonctions pour lesquelles vous venez de me désigner, permettez-moi de vous exprimer tous mes remerciements, en même temps que mes craintes et de vous dire combien je suis touché de tant d'honneur.

Votre détermination me place dans le plus grand embarras, et, sans vouloir me poser en nouveau Cincinnatus arraché brusquement à sa charrue, je vous dirai que, subitement rappelé du fond de la Bourgogne, où je goûtais en paix les douceurs d'un repos mérité, après une année de labeur, je me vois obligé de réclamer toute votre indulgence pour des attributions auxquelles je ne prétendais nullement, pour lesquelles je ne suis pas préparé et dont certainement j'aurais décliné tout l'honneur, si je n'avais été assuré du concours si précieux de nos vice-présidents, de notre secrétaire général, sur qui toute la charge de l'organisation de ce Congrès a pesé durant tant de mois, et enfin de tous mes collègues de la commission dont il m'a été donné d'apprécier pendant nos travaux d'organisation le dévouement désintéressé à la chose commune.

Mais, chers collègues, cette constatation du devoir accompli et du but atteint, qui ne laisse pas que de flatter notre amour-propre, ne peut cependant nous faire oublier que des hommes qui, par leur position, leur savoir, leurs capacités et leur talent, se trouvaient destinés à prendre part à nos travaux et à présider ces premières assises de la science dentaire en France, manquent aujourd'hui parmi nous : les uns, frappés par la mort, tels les docteurs Andrieu et Brasseur, pour ne citer que ces deux noms, certainement encore présents à la mémoire de chacun de nous, tous deux membres de la commission d'organisation. Rendons-leur ici un dernier tribut de reconnaissance, car s'ils furent à la peine ils manquent aux honneurs.

Pressentis, d'autres, au contraire, se sont abstenus, se tenant à l'écart, renfermés dans une certaine forme d'archaïsme professionnel, préférant abandonner à lui-même ce mouvement indiscutable, cette espèce de renaissance professionnelle qui se produit depuis quelque temps, à le guider de leur savoir et de leur expérience en se plaçant à la tête et en assurant la direction.

Mais je m'arrêterai là, n'ayant nullement l'intention de vous refaire l'historique de notre profession, historique qui, depuis quelque temps, a été fait tant de fois. Je ne vous conterai pas par le menu nos luttes intestines renouvelées des médecins et des barbiers (Société naissante de chirurgie).

A notre retour du Congrès monstre de 1881, en Angleterre, où nous avions été délégués et dont notre regretté président, le docteur Andrieu, faisait partie de la XIIe section, nous avions, à plusieurs reprises, agité cette question d'une réunion de dentistes, mais nous ne sentions pas encore le terrain bien préparé sous nos pas.

Le succès de ce Congrès nous avait frappés. Nous avions compris tout l'intérêt professionnel de pareilles réunions, où des hommes de la valeur de Tomes, Coleman, Cartwright, Sunders, Hutchinson, Atkinson de New-York, Magitot et tant d'autres, venaient exposer le résultat de leurs études. Et de plus nous avions conservé cette heureuse impression, que c'était la première fois, depuis l'origine des congrès, que tout ce qui touche à l'art dentaire était inscrit au programme et qu'une section spéciale avait même été créée.

Les organisateurs des congrès précédents qui s'étaient tenus à Paris, Florence, Vienne, Bruxelles, Genève, Amsterdam, ne s'étaient probablement pas doutés qu'il pût y avoir en odontologie ou en pathologie dentaire des questions scientifiques assez elevées pour occuper l'activité et l'intelligence d'hommes spéciaux.

Il faut donc savoir gré à l'Angleterre d'avoir rompu avec les anciens errements et d'avoir eu l'audace de cette innovation.

A son retour du congrès de Washington (1887), M. Dubois reprit l'idée d'un congrès français et fut assez heureux pour trouver de l'écho à sa proposition (1).

En 1878, alors que l'Angleterre et l'Amérique possédaient des sociétés d'odontologie, des écoles dentai es, des publications périodiques mensuelles, la France, ce pays qui avait été le berceau de l'art dentaire et qui était fière, à bon droit, de ceux qui l'avaient exercé avec tant d'éclat, la France, dis-je, ne possédait aucun de ces avantages.

Les dentistes se connaissaient à peine entre eux. Aucun centre de réunion n'existait où ils pussent échanger leurs idées et discuter les questions pouvant intéresser la corporation.

Chacun exerçait sa profession comme il l'entendait, sans communiquer ses procédés à ses confrères, se cachant même de ses voisins. Aucune publication française spéciale n'existait à ce moment.

Les choses auraient pu certainement durer longtemps encore, si une société, la Société syndicale odontologique, ne s'était fondée sous l'impulsion de quelques praticiens.

Mais telle est la marche des choses humaines qu'il n'est pas de société qui se fonde, quelle que soit l'excellence de ses intentions, sans qu'immédiatement n'apparaisse une fondation antagoniste. C'est la loi humaine, il ne faut pas s'en plaindre, puisqu'elle engendre la discussion d'où peut sortir la vérité.

La marche des événements étant partout la même, nous rencontrâmes, quant à notre organisation dentaire, les mêmes difficultés qui s'étaient présentées en Angleterre, en 1859, lors de l'organisation du Dentist act.

Aujourd'hui, grâce à l'initiative individuelle, une partie de ces *desiderata* se trouve comblée. Il existe des centres de réunion où les intérêts moraux et matériels de la profession peuvent être discutés ; des centres d'enseignement ont été créés, répondant certainement à un besoin, puisque les cours y sont assidûment suivis.

Des publications périodiques spéciales ont été créées. Enfin les deux sociétés fondées dans le but du développement scientifique de notre art, tout en cherchant à rendre à notre profession son ancien degré d'élévation, ont voulu étendre leurs bienfaits aux déshérités de la fortune. Des services ont donc été organisés dans les écoles, les bureaux de bienfaisance, et leur initiative philantropique a pénétré jusqu'au sein même du conseil de l'assistance publique.

Vous voyez, messieurs, ce que peut l'activité individuelle. Là est le seul salut pour notre société : montrer à l'Etat ce qu'il y avait à

---

(1) Notre honorable confrère se trompe : ce n'est pas à une individualté que revient l'honneur de l'initiative du Congrès dentaire de 1889, mais au Conseil de Direction de l'Association générale des Dentistes de France, au nom duquel MM. Dubois et Kuhn parlèrent à Washington. P. D.

faire, au point de vue de l'enseignement, indiquer les résultats obtenus, et donner tant d'intensité à ce mouvement de relèvement professionnel qu'il s'impose de lui-même comme une nécessité. Une bonne partie du chemin a déjà été faite et non pas la moins pénible. Car, ainsi que vous le disait, il y a un instant, notre honorable président en ouvrant les assises, ce n'a pas été sans luttes, au sein même de la commission, que notre proposition de congrès a été acceptée.

Nous devons donc ici publiquement des remerciements aux membres de cette commission supérieure des congrès, pour n'avoir pas désespéré de nous, et nous avoir accordé ce que nous réclamions depuis dix années, une reconnaissance officielle, une sanction de nos efforts et de nos peines.

Cet appui, l'Etat ne peut maintenant manquer de nous le continuer, surtout lorsque son représentant lui aura rendu compte de sa tâche, alors qu'il aura exposé l'ordre et la valeur de nos travaux et enfin qu'il lui aura dépeint cette assemblée composée des personnalités qui, pour la plupart, n'ont pas craint d'affronter les périls des plus longs voyages pour répondre à notre appel et nous faire part de leurs découvertes.

Si nous avons beaucoup fait, si nous avons pu, après aussi peu de temps, arriver à grouper un nombre assez considérable de confrères pour nous permettre de constituer ce congrès dentaire, nous ne devons pas nous tenir pour satisfaits, car il nous reste encore beaucoup a faire : reconquérir et rendre aux chefs de notre profession cette considération que le public accorde volontiers aux membres des autres associations savantes.

Il nous faut arriver à faire de notre corporation une réunion d'hommes d'une instruction supérieure, commandant le respect aussi bien par leur conduite que par leurs connaissances.

Ces réunions ne peuvent tendre qu'à ce but en resserrant davantage les liens de bonne confraternité.

Permettez-moi donc, chers confrères, au nom de nos deux sociétés d'odontologie de France, de vous offrir la bienvenue, vous remerciant de l'honneur que vous nous faites de visiter notre ville et d'apporter votre précieux concours à ce grand banquet intellectuel.

Je ne puis terminer sans remercier tout particulièrement l'organisateur général du congrès, mon maître, M. le professeur Gariel, pour tout le bienveillant intérêt qu'il n'a cessé de porter à l'organisation de notre groupe en nous prodiguant les conseils de sa haute expérience. (Applaudissements.)

Rapport de M. Pourchet

Messieurs,

Après le professeur Gariel, une de nos illustrations scientifiques qui a bien voulu représenter M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie, après notre président, passé maître en l'art de charmer nos assemblées, il est peut-être téméraire, sinon audacieux, de vouloir prendre la parole; aussi, grand est mon embarras.

Bien que le Congrès, lui seul, et les détails de son organisation, doi-

vent nous occuper ici, je n'emploierai pas une vaine formule oratoire en vous disant que je suis fort ému et que mon inquiétude n'est tempérée que par le sentiment du devoir à remplir. Je vous demande donc toute votre indulgence, car, à la fin de ma tâche il est nécessaire de vous indiquer ce que nous avons fait et comment il a été répondu à notre appel, lorsque, rompant avec le passé, nous avons voulu montrer que l'art dentaire n'avait pas perdu chez nous depuis le jour où notre pays lui a donné naissance. Je dois le dire de suite, nos efforts ont été récompensés, et c'est avec une légitime fierté que nous avons vu quatre cents confrères, l'élite de la profession, venir avec empressement apporter le concours de leurs lumières à ce premier congrès, qui, je le souhaite, sera l'aurore d'une nouvelle ère de progrès.

Mais avant de commencer, je dois répondre à une accusation qui fut lancée contre nous au moment où nous élaborions notre projet, car nous ne saurions accepter le reproche qui nous fut adressé d'avoir voulu nuire au congrès qui doit se réunir à Berlin en 1890.

Jamais ceci n'a existé dans notre pensée et notre justification sera complètement faite lorsque j'aurai rappelé où et comment notre Congrès fut décidé.

Vous avez encore tous présentes à la mémoire les magnifiques assises qui eurent lieu, en 1887, à Washington; deux de nos collègues, MM. Dubois et Kühn, eurent le rare bonheur de se rendre à cette époque dans cette ville où ils furent accueillis avec un empressement tel que nous ne saurions trop remercier nos confrères d'outre-mer. Si vous avez lu les comptes rendus qui furent publiés après cette imposante réunion, vous avez pu voir que c'est là même que l'idée d'un congrès dentaire international fut émise par nos collègues. J'aurai terminé ce point d'histoire, quand je vous aurai dit que l'année de l'Exposition étant d'un heureux présage avait surtout guidé les promoteurs de notre Congrès. Quelques jours plus tard, il est vrai, la nouvelle se répandit qu'en 1890 devait se réunir un congrès médical à Berlin; la coïncidence pouvait de prime abord prêter à la critique, mais les deux dates nous donnaient la priorité, ceci n'est plus contestable.

De cette résolution prise à Washington à la réalisation il n'y avait qu'un pas qui fut rapidement franchi; deux commissions préparatoires se réunirent, les 27 et 31 juillet 1888, pour étudier les moyens d'arriver au but que nous avons atteint aujourd'hui.

Deux sociétés de dentistes, deux écoles existaient à Paris; toutes deux, malgré quelques divergences d'opinion sur les moyens d'arriver à relever l'art dentaire, n'en poursuivaient pas moins le même but, à savoir de faire du dentiste un homme instruit; aussi arriva-t-on bien vite à s'entendre pour les réunir toutes deux momentanément. Une commission de 18 membres fut nommée; elle fut prise moitié dans la Société odontologique de France, moitié dans la Société d'odontologie de Paris et le travail commençait le 8 août 1888 comme congrès libre.

En septembre, nous fûmes informés que le gouvernement de la République, toujours soucieux du développement intellectuel de la France, prenait sous son patronage une certaine quantité de congrès. Ne doutant pas qu'étant donné notre but ce précieux appui nous serait accordé, des démarches furent immédiatement faites en ce sens.

Ici, messieurs, permettez-moi d'ouvrir une parenthèse pour rendre hommage à M. le professeur Gariel et le remercier de son bienveillant concours en cette circonstance, car, grâce à son appui, le patronage officiel nous fut donné et notre premier Congrès débutait sous les meilleurs auspices.

Le 4 décembre, en effet, les 18 membres composant la commission primitive étaient nommés par M. le ministre du Commerce et de l'Industrie, membres du Comité d'organisation du Congrès dentaire international. Nous n'avions alors plus qu'à nous constituer, ce qui fut fait, en reconnaissant à chaque société une part absolument égale dans l'organisation. A dater de ce moment un règlement fut élaboré et tous nos efforts tendirent à simplifier le plus possible le travail. Pour ce faire, la division en sections était tout indiquée; on en fit quatre.

Savoir :

1re SECTION. — *Anatomie et physiologie normales et pathologiques.*

2e SECTION. — *Dentisterie opératoire (thérapeutique spéciale et matière médicale).*

3e SECTION. — *Prothèse et orthopédie dentaires.*

4e SECTION. — *Déontologie et enseignement.*

Comme vous le voyez, toutes les branches de notre profession furent représentées et tous les sujets à traiter trouvèrent leur place. Nous avons pensé de même qu'en dressant une liste de questions, nous donnerions aux adhérents de précieuses indications en attirant leur attention sur celles qui nous ont semblé les plus importantes.

C'est pourquoi nous avons joint au règlement que vous avez tous reçu, un tableau en regard de chaque section. Voulant être court, je ne vous ferai pas cette énumération ; ce serait abuser de votre bienveillance.

Là s'arrêtait le premier travail d'organisation ; notre devoir désormais était de faire appel aux dentistes, ainsi qu'à tous ceux qui s'intéressaient à notre spécialité.

Le règlement fut envoyé avec une invitation à tous nos confrères habitant la France, à tous ceux de l'étranger, par l'intermédiaire des présidents de leurs sociétés, bien sûrs, d'avance, que nous serions écoutés.

Les réponses furent lentes au début, l'hésitation était bien permise en présence d'une première tentative que nous faisions chez nous? mais bientôt, de toute la France, de tous les points du monde les adhésions arrivèrent en grand nombre et le succès devenait un fait accompli ; nos efforts étaient secondés par de nombreux confrères, et des meilleurs de toutes les nations. Ici j'insisterai particulièrement sur le concours dévoué de nos collègues de l'étranger qui, je dois le dire, ont largement contribué à notre réussite en acceptant de nous représenter dans leur pays : aussi est-ce avec un légitime orgueil que nous jetons un regard sur les bureaux honoraires qui sont l'expression de notre vive reconnaissance, en même temps qu'un juste hommage au talent et aux services rendus à notre profession.

Au premier rang nous voyons figurer notre maître à tous, l'illustre John Tomes, dont le passé est sans conteste l'une des plus belles pages de notre histoire professionnelle. A côté de ce maître, nous voyons défiler tout un état-major de praticiens de talent et éprouvés

qui ne nous reprocheront certes pas d'avoir placé M. Tomes en tête de la liste.

Cependant, Messieurs, lorsque vous aurez jeté ce coup d'œil, je suis sûr que vous aurez comme moi un regret, celui de voir que certaines divergences d'idées nous privent du concours précieux de certains confrères dont la valeur et le passé scientifique n'auraient pas peu contribué à faire briller notre grande réunion d'un plus grand éclat encore. A côté de cette absence voulue, de ces absences, pour mieux dire, il en est d'autres, mais celles-là bien involontaires assurément, et je ne puis écarter de ma pensée de récents et douloureux souvenirs. Deux places sont vides, celles de nos collègues MM. Brasseur et Andrieu, ravis, à quelques jours de distance, à l'affection de tous et à notre grande famille. Tous deux faisaient partie de notre comité et je ne crains pas de le dire, nous avons perdu en eux les plus précieux auxiliaires, des guides en quelque sorte de chaque jour. Faire l'éloge de ces deux maîtres ne rentrerait pas dans le cadre de ce rapport, dont la première qualité est d'être bref, mais cependant il est de mon devoir, il est de notre devoir à tous, de saluer une dernière fois la mémoire de ces hommes dévoués qui ont contribué pour une si large part à notre relèvement et à enrichir notre littérature scientifique de travaux nombreux et d'une incontestable valeur. Je ne m'arrêterai donc pas davantage sur ces pénibles souvenirs et je continnerai en vous disant qu'un grand nombre de sociétés dentaires, des Etats mêmes, ont bien voulu concourir à notre œuvre en nous envoyant des délégués chargés de les représenter.

Je craindrais d'abuser de votre patience si je vous les énumérais toutes ; qu'il me soit seulement permis de joindre mes remerciements à ceux que notre président leur a adressés, il y a un instant.

Par ce qui précède, vous le voyez, Messieurs, notre réunion promettait beaucoup, mais il restait un dernier effort à faire, celui d'obtenir des communications, des travaux, sans lesquels tout congrès se réduirait à une réunion confraternelle, toujours fort agréable, mais peut-être insuffisamment fructueuse en découvertes. Ici, je dois le dire encore, nous avons abondance et il vous suffira de relire le programme pour juger de l'importance de l'œuvre que nous avons entreprise.

J'arrive, Messieurs, à la fin de ma tâche, mais je ne saurais la terminer sans m'acquitter d'un dernier devoir. J'adresserai d'abord à mes collègues, qui m'ont fait l'insigne honneur de me confier le poste si important de Secrétaire général, l'expression de ma vive et profonde gratitude. Je suis d'autant plus sensible à ces marques d'estime et de confiance qu'au sein du Comité se trouvaient des confrères sur lesquels auraient pu bien justement se porter les suffrages. Mes remerciements bien sincères s'adresseront ensuite à tous les membres du bureau qui m'ont secondé et sans le secours desquels j'aurais été peut-être au-dessous de ma tâche. Merci enfin à tous les membres du Comité, à tous les adhérents qui, partageant le souci commun, ont considérablement simplifié mon travail. J'ai peut-être commis des fautes ; des erreurs ont pu se glisser dans les différentes pièces que vous avez reçues ; je fais appel à toute votre indulgence, persuadé d'avance que vous saurez reconnaître que j'ai fait de mon mieux.

Voilà, Messieurs, notre premier Congrès international ; souhaitons tous qu'il soit le prélude de beaucoup d'autres et que 1889, anni-

versaire glorieux, s'il en fut jamais, soit pour l'art dentaire ce que 1789 fut pour notre pays, c'est-à-dire la date par excellence de l'émancipation et de tous les progrès. (Applaudissements.)

M. le président Gariel prie MM. les délégués étrangers de vouloir bien prendre place sur l'estrade où des sièges leur ont été réservés.

La parole est donnée à chacun d'eux.

Allocution de M. Cunningham, de Cambridge

Le délégué de l'Angleterre donne tout d'abord lecture d'une lettre de Sir J. Tomes, président du bureau honoraire de la Grande-Bretagne.

« Taterham, 30 août 1889.

« Cher monsieur Cunningham,

« Dans l'impossibilité absolue de me rendre au Congrès, puis-je vous demander de faire connaître à l'assemblée combien je suis touché de l'honneur qu'elle m'a fait en m'appelant à la présidence de la section anglaise du Congrès dentaire ? Tout mouvement qui tend au progrès des connaissances et de la pratique de la chirurgie dentaire obtient ma sympathie et surtout quand ceux qui la servent, ayant des vues différentes sur les moyens et les méthodes les mieux appropriés à l'enseignement dentaire, se réunissent pour tendre vers un but commun. Je suis fermement convaincu que toute tentative de séparer la chirurgie dentaire de la chirurgie générale, de la considérer comme un sujet indépendant et distinct du sujet général dont elle est une partie, aurait pour conséquence un amoindrissement du niveau de l'enseignement et de la position sociale que la chirurgie dentaire a atteinte. L'affirmation que le chirurgien ne connaît que peu de chose en dentisterie aurait ainsi sa contre-partie : le dentiste ne connaîtrait que peu des principes de la science médicale. Il y a place pour une amélioration des deux côtés et tendre à séparer les branches de la même souche serait les arrêter dans la route d'un développement plus étendu, général et spécial. A cet égard. je suis sûr que notre profession ; sera le mieux servie par le maintien d'une section dentaire dans un congrès médical international plutôt que par des congrès dentaires spéciaux. D'ailleurs la limitation d'un sujet dans ses limites les plus étroites tend à rapetisser les vues du praticien et à lui ravir toute idée de proportion cela aurait pour conséquence l'infériorité future de ceux qui pratiquent une branche d'un sujet divisible en plusieurs branches indépendantes. Qui peut dire que les dents, les yeux, les oreilles, etc., ne sont pas des parties dépendantes du corps humain considéré comme un ensemble? Les congrès dentaires internationaux et les sections dentaires dans les congrès médicaux internationaux ne peuvent pas exister en même temps. L'un enlèverait à la prospérité et à l'utilité de l'autre et, personnellement, je crois que nos efforts doivent tendre à maintenir la connexité la plus étroite possible entre la chirurgie générale et la chirurgie dentaire et, par suite, à

donner tout leur développement aux sections dentaires dans les congrès médicaux internationaux, dans l'avenir comme dans le passé.

« En exprimant de nouveau mes remerciements au bureau du Congrès, je reste votre bien dévoué

« JOHN TOMES. »

Cette lettre est accueillie par des applaudissements.

M. Cunningham s'exprime alors en ces termes :

« Je ne puis trouver de mots pour vous marquer les sentiments que j'éprouve en entendant acclamer mon pays. Au nom de la profession dentaire d'Angleterre, je puis vous assurer que nous sommes très sensibles à votre invitation. En choisissant sir John Tomes comme notre président vous avez témoigné de votre respect pour l'homme auquel sa découverte des fibrilles et ses nombreux travaux ont valu d'être décoré par la reine. Peut-être cependant son rôle n'est-il pas assez bien tenu ici. Et pourtant c'est à lui qu'est dû l'état actuel de l'avancement de la profession dans notre pays. C'est à l'action de Smith et de Jomes Tomes que nous devons le Dentist-act de 1878 qui ne permet plus l'exercice de la chirurgie dentaire à moins d'avoir été dûment qualifié pour cela. Vos délégués à Brighton ont pu constater la façon dont le nom de Tomes est accueilli chez nous. Malheureusement il est dans l'impossibilité d'entreprendre le voyage : « Je suis, me disait-il plaisamment, comme un vieux lapin qui ne peut pas trop s'éloigner de son terrier. »

Nous sommes heureux de participer à vos travaux et nous vous remercions de votre accueil dont nous emporterons le souvenir et l'écho dans notre pays.

(Applaudissements répétés.)

M. le Dr Bogue, de New-York, vice-président du bureau des Etats-Unis, remplaçant le Dr Taft empêché, prononce les paroles suivantes :

ALLOCUTION DE M. BOGUE

Je ne m'attendais pas du tout à l'honneur que vous avez bien voulu me confier et mon premier devoir doit être d'en remercier cette assemblée. C'est avec plaisir que je vois le grand nombre des membres qui la composent. Elle compte aussi beaucoup de mes compatriotes et j'espère qu'ils ajouteront à vos travaux. Je vous exprime, en leur nom, les meilleurs souhaits pour le succès du Congrès.

M. Heidé, délégué de la Norvège, s'exprime ainsi :

ALLOCUTION DE M. HEIDÉ

Obligé d'étudier et de connaître les langues étrangères, j'ai pu suivre de près la littérature professionnelle des divers pays qui se font gloire de travailler aux progrès de l'humanité. Dans cette étude j'ai nécessairement fait des comparaisons, et je me hâte de le dire, j'ai constaté les importants perfectionnements apportés en France

à l'art dentaire depuis une dizaine d'années. Certes, il y a, de l'autre côté de l'Atlantique, des maîtres distingués que nous remarquons parmi les lumières de la profession ; mais, à présent, notre art n'est plus le monopole d'une nation et la France compte des autorités qui portent très haut le drapeau scientifique. Cette France si intelligente, si active, si créatrice ne pouvait rester en arrière.

Un grand mouvement s'est opéré qui a eu pour résultat de véritables miracles. A qui devons-nous cette transformation ? Aux sociétés qui ont inscrit sur leur programme : Avancement de l'art ; aux Ecoles qui fonctionnent à Paris non seulement au grand profit des malades, mais aussi au grand profit des praticiens français et étrangers. Ces Ecoles sont devenues des centres d'étude d'où partent chaque année des élèves de valeur et de talent.

Ajoutons que c'est à ces institutions que nous devons l'idée et l'exécution de ce rendez-vous donné aux dentistes de tous les pays.

J'ai la ferme conviction que ce congrès sera profitable à tous et contribuera pour une large part à la diffusion des idées pratiques et scientifiques.

Aussi, au nom des Norvégiens mes compatriotes, j'ai l'honneur de féliciter chaudement le comité d'organisation et je n'hésite pas à crier :

Vivent les Ecoles Dentaires de Paris ! Vive la Grande Nation ! Vive la France !

M. Etcheparreborda, de Buenos-Ayres, délégué de la République Argentine, prend la parole :

« Le gouvernement de la République Argentine m'a nommé son délégué et m'a confié l'honneur de le représenter parmi vous. J'en appécie toute l'importance et vous adresse tous mes vœux pour le succès de ce Congrès. »

M. le Dr Richter, de Breslau, délégué des pays de langue allemande, lui succède et dit :

« Au nom de l'Association dentaire américaine en Allemagne, je vous apporte des souhaits pour la réussite du Congrès. »

M. le Dr Arnim-Rothmann, de Buda-Pesth, égalemen délégué des pays de langue allemande, parle ainsi :

« Je suis venu de notre pays saluer la grande nation et crier : Vive la France ! »

M. le Dr Redard, de Genève, délégué de la Suisse, prononce le discours suivant :

Discours de M. le Docteur Redard

Directeur de l'Ecole dentaire de Genève,
Délégué officiel de la Suisse.

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs,

Le 29 juin 1888, feu M. Carteret, Président du département de l'Instruction publique du canton de Genève, présentait au pouvoir législatif un rapport sur l'opportunité de la création d'une Ecole dentaire dans notre canton. Il disait : « L'Ecole dentaire que nous

vous proposons aujourd'hui de créer à Genève aura, nous en sommes certains, des résultats avantageux. En effet, cette institution, en élevant le niveau intellectuel du chirurgien-dentiste, constituera une sauvegarde de plus pour la salubrité publique ; d'autre part, ce sera unn ouvel établissement scientifique utile et fructueux, etc. »

Déjà le 6 juillet, la commission nommée pour examiner la question s'exprimait par son organe, M. le Dr Vincent, actuellement professeur d hygiène et directeur de la salubrité publique, comme suit :

« Et d'abord, on ne saurait qu'applaudir à tout ce qui peut concourir à donner au public de plus grandes garanties vis-à-vis des personnes qui pratiquent une partie quelconque de l'art de guérir, qu'il s'agisse des médecins, des dentistes ou des sages-femmes ; nous avons, sous ce rapport, trop longtemps montré une largeur et une facilité presque coupables.

La création de notre Faculté de médecine a eu pour résultat immédiat de rendre les épreuves à subir plus difficiles : il en sera de même pour les dentistes ; en leur donnant la facilité de suivre, avec des sacrifices pécuniaires peu élevés, relativement à ce qui existe ailleurs, un enseignement qui leur permettra de connaître à fond leur art, l'Etat sera en droit d'exiger, au lieu d'examens souvent dérisoires, des preuves vraiment sérieuses de capacité. »

Il n'est que temps de clore la liste douloureuse des accidents causés par l'ignorance de certains soi-disant dentistes ; il n'est que temps de donner à cette branche importante de la chirurgie la place qu'elle mérite d'occuper dans l'enseignement et la pratique.

La loi fut votée sans opposition Quatre années s'écoulèrent. La Suisse allemande qui ne voulait pas rester en arrière, fit un chaleureux appel à tous les dentistes suisses en les convoquant à Zurich. — Soixante dentistes répondirent à cet appel et se constituèrent en société odontologique suisse. Il s'agissait de s'entendre sur les voies et moyens à employer pour obtenir un examen fédéral de dentistes, et de nos autorités fédérales de faire rentrer l'art dentaire dans l'art de guérir. — Une requête lue au Congrès odontologique à Berne, l'année suivante, fut votée par acclamation et envoyée ensuite au gouvernement fédéral. Cette requête se basait sur ce fait que l'art dentaire et ses annexes offrent à l'anatomie, la physiologie, l'anatomie comparée et pathologique, ainsi qu'à l'histologie et l'embryologie un domaine aussi vaste que n'importe quelle partie du corps humain, et elle faisait mention des travaux de Lœwenkok, Hunter, Purkinge, Arnold, Koelliker, Waldeyer, Goodsir, Tomes, Coleman, Heider, Wedl, Magitot et autres.

La réponse ne se fit pas attendre longtemps, et en 1887 les Chambres fédérales, faisant droit à la demande de la société odontologique, classaient le dentiste dans le cadre médical.

Pour obtenir le diplôme fédéral de dentiste, il faudra maintenant :

1° Justifier sa maturité dans les branches suivantes :

a) le latin.

b) le grec,

c) la langue maternelle.

d) une deuxième langue nationale suisse (le grec peut être remplacé par une troisième langue nationale suisse ou par l'anglais.)

e) l'histoire et la géographie.

f) les mathématiques ; *a*) algèbre ; *b*) géométrie,

g) les sciences naturelles (éléments).

2° Subir l'examen des différentes sciences naturelles : physique,

chimie, botanique, zoologie.

3° Subir l'examen d'anatomie, de physiologie, d'histologie et d'embryologie.

4° Subir l'examen professionnel qui comporte l'examen écrit, pratique et oral.

Monsieur le Président et Messieurs,

La Suisse ne se montre jamais indifférente à aucun progrès se réalisant dans n'importe quel domaine de la science ou des arts. Petit pays, elle apprécie les hommes de bonne volonté qui travaillent à combattre le charlatanisme et l'empirisme, et c'est à ce titre que je suis envoyé ici, dans les assises de la science odontologique, « pour travailler avec vous ». Je suis envoyé pour vous adresser des vœux de réussite et « pour vous remercier de votre aimable invitation.

Post tenebras lux. »

DISCOURS DE M. DE PAEPPE

De Bruxelles

Au nom de la Société odontologigue de Belgique et de la délégation belge

Mesdames et Messieurs, Chers collègues,

Au nom de la délégation belge, au nom de la *Société Odontologique*, je suis heureux de pouvoir vous dire tout l'intérêt que nous portons à cette réunion internationale, toute la gratitude que nous éprouvons pour ses organisateurs.

Nous sommes convaincus qu'aujourd'hui encore, l'art dentaire a besoin de se relever, de se dignifier, et que rien n'est plus propre à amener ce résultat que de mettre ceux qui exercent notre art au courant des découvertes les plus récentes, des progrès scientifiques qui se réalisent chaque jour dans chaque pays. Or, quoi de plus propre à obtenir ce résultat, que des réunions comme celle à laquelle il nous est donné de prendre part ici? Qu'est-ce, en effet, qu'un Congrès comme celui-ci, si ce n'est un enseignement mutuel ùo chacun de nous vient s'éclairer tout en éclairant les autres, où chacun vient apprendre des choses qu'il ignorait ou qu'il comprenait autrement, et communiquer aux autres les fruits de sa propre expérience; et cela, tout en puisant, dans ces communications confraternelles, la force nécessaire pour marcher ensemble vers toutes les améliorations qu'exige encore notre profession, tant au point de vue matériel qu'au point de vue intellectuel et moral, tant au point de vue technique qu'au point de vue déontologique, c'est-à-dire des devoirs professionnels et des conditions nécessaires pour remplir dignement ces devoirs.

Tel me paraît, en effet, le double but et, espérons-le, tel sera le double résultat de ce Congrès international.

1° Nous donner plus de force pour vaincre les derniers obstacles qui s'opposent encore à ce que notre profession reçoive dans la société toute la considération à laquelle elle a droit; et cette force, c'est dans l'union de tous qu'il faut la chercher, conformément à la fort sage devise de mon pays : *L'union fait la force*. Et cette union,

Elle ne peut plus, à notre époque, être nationale seulement, mais internationale ; car, avec la facilité des communications et la propagation rapide de la presse et des livres, tout pays qui voudrait s'isoler des autres ne tarderait pas à être en retard sur les autres ; cela est vrai pour l'odontologie, comme pour toutes les autres sciences. La science ne connaît point de frontières.

2° Constituer un grand enseignement mutuel, où non seulement des maîtres illustres, comme j'en aperçois plusieurs ici, communiquent un peu de leur savoir aux confrères moins bien doués ou plus jeunes, et leur ouvrent des horizons nouveaux, mais où chacun de nous vient exposer même les plus humbles découvertes que la pratique ou l'étude lui aurait suggérées. Quand il s'agit de soulager ceux qui souffrent, tout progrès, si petit qu'il soit, est un immense bienfait.

C'est bien ainsi, je pense, que les organisateurs de ce Congrès international ont compris leur œuvre, et je n'en veux d'autre preuve que les questions qu'ils ont mises à l'ordre du jour, questions qui sont toutes du plus haut intérêt, questions qui sollicitent en quelque sorte tous ceux d'entre nous qui ont un procédé à indiquer, un appareil ou un outil à montrer, ou même une simple idée à émettre, à en faire l'objet d'une communication ou d'une exposition publique.

C'est ainsi, Messieurs, que le progrès marche et que le bien se réalise.

Par le travail, par l'étude, par l'expérience et l'observation de chaque jour, le vrai et le bon se dévoilent peu à peu, pour le plus grand profit de l'humanité entière. Si cela est exact en thèse générale, combien plus exact encore quand il s'agit d'un art qui, comme le nôtre, tend si puissamment à diminuer les souffrances de nos semblables et à rendre la vie plus agréable, plus digne d'être vécue. Que de jolis minois nous doivent leur beauté! et, par suite, que de ménages heureux nous doivent le maintien de la tendresse mutuelle entre époux ! Que de Gargantuas ou de Lucullus, livrés aux plaisirs de la table, nous doivent le plus clair de leurs jouissances ? Et, pour tout le monde, qu'est-ce que la fortune même, sans la santé ? Or, point de santé robuste sans un bon estomac, et point de bon estomac sans une bonne mastication, c'est-à-dire sans une bonne mâchoire, fut-elle même artificielle ?

Mais ces beaux résultats n'ont pu être obtenus qu'à une condition, indispensable à tout progrès scientifique : *la liberté*, sous forme de libre recherche, de libre émission et de libre communication des idées. Je crois pouvoir, moi, délégué d'un pays petit par son territoire, mais grand par ses libres institutions, le déclarer devant les fils de cette généreuse France que nous aimons et qui célèbre précisément le centenaire de sa glorieuse Révolution de 1789, la science en général, et les sciences naturelles et médicales en particulier, ne progresseront jamais sérieusement que sous l'égide de la liberté et de la fraternité. Soyons donc des esprits libres et des cœurs fraternels, pour nous éclairer et nous aider les uns les autres, et nous aurons ainsi fait beaucoup, même sans sortir de notre sphère, pour le bien de nos semblables, tout en relevant à nos propres yeux et aux yeux de tous la dignité de notre profession.

Certes, le temps n'est plus où l'art dentaire était à peine considéré comme faisant partie de l'art de guérir ; où « dentiste » était presque

toujours synonyme de « charlatan » ; où « l'arracheur de dents » (c'était pourtant le terme qui convenait à cet art primitif) était mis sur le même pied que le pédicure et « réputé » comme un vulgaire « rebouteur » ; où le mal que faisait l'arracheur de dents lui était rendu par le public sous forme de mauvaises plaisanteries, mettant ainsi en pratique cette vieille maxime d'un vieux sage, qui devait être plus ou moins dentiste, en même temps qu'oculiste : « Œil pour œil, dent pour dent ». Aujourd'hui, nous respectons un peu plus la mâchoire de nos semblables, et ceux-ci commencent à nous rendre ces bons procédés sous forme de considération et de respect, quelquefois même sous forme de fortune et d'honneurs.

C'est qu'on sait qu'aujourd'hui le dentiste vraiment digne de ce nom n'est pas un simple arracheur de dents, mais un guérisseur souvent, un soulageur presque toujours, et aussi un conservateur de la santé générale et un restaurateur de la beauté, ceci grâce surtout aux progrès de la prothèse dentaire et buccale. On sait que la dentisterie est devenue l'hygiène et la médecine de la bouche aussi bien que la chirurgie dentaire opératoire et orthopédique ; et que ces différentes branches de notre art ne le cèdent en rien aux branches similaires des autres régions de l'organisme humain, bien au contraire, puisque nulle part peut-être médecine et chirurgie ne marchent avec plus de sûreté et n'arrivent à des résultats plus satisfaisants et plus bienfaisants. Pour chacune de ces branches — et pour la prothèse dentaire tout comme pour les progrès de l'outillage nécessaire à l'hygiène dentaire et aux obturations, la chose saute même aux yeux du vulgaire, — on peut dire franchement que la science dentaire, en ce moment, surtout depuis une dizaine d'années, loin d'être à l'arrière-plan de la médecine, est grandement en avance sur les autres branches de l'art médical ; et que le vrai dentiste moderne, ce spécialiste à la fois médecin, opérateur et mécanicien, fait partie, non des traînards qui suivent le gros de l'armée, au milieu des fourgons et des bagages, mais de l'avant-garde de la grande armée médicale. Il ne s'agit plus maintenant que d'obtenir, que par un enseignement théorique et pratique complet, chacun de nos confrères soit à la hauteur de cette belle situation.

Messieurs, cette amélioration de notre profession et les progrès ultérieurs que nous sommes en droit d'en attendre, nous le devons en grande partie — ce n'est que juste de l'affirmer ici — aux grandes écoles dentaires qui se sont ouvertes dans les principales villes d'Europe et d'Amérique, et, à ce point de vue, qu'on nous permette de rendre hommage, en passant, à l'*Ecole et hôpital dentaire de Paris et à l'Institut odontotechnique de France*, ces deux belles institutions qui déjà ont si puissamment contribué au relèvement de notre art et qui nous préparent une jeune génération de dentistes absolument au courant de la science moderne. En Belgique, notre « Société odontologique », en se fondant, s'est donné précisément pour tâche d'imiter cet exemple. Relever le niveau des études dentaires, non-seulement par une loi qui exige des dentistes plus de capacités spéciales et plus de savoir général, mais encore en ouvrant une école d'odontologie, c'est un des principaux objets que notre société a eus vue. Pour cela notre société a élaboré un programme d'études qui a obtenu l'assentiment de l'Académie de médecine et qui a été transmis au gouvernement, lequel, au dire des ministres, le transformera en projet de loi lors de la prochaine discussion sur la collation des

grades académiques. Ce programme, qui exige quatre années d'études théoriques, pratiques et cliniques, depuis les sciences naturelles (physique, chimie, botanique et zoologie), jusqu'à la chirurgie et la mécanique dentaires, — mettrait le jeune dentiste au niveau des autres médecins au point de vue de l'art médical en général, et lui donnerait les connaissances techniques spéciales que l'on ne peut exiger de celui qui ne se voue pas spécialement à l'art dentaire, les travaux de prothèse, par exemple.

J'ai l'honneur, Messieurs, de déposer sur le bureau quelques exemplaires de ce programme d'études. Mais, je le répète, si notre essai vaut quelque chose et s'il aboutit à des résultats sérieux, nous en faisons remonter tout le mérite à vos grandes écoles dentaires, qui nous ont donné l'exemple.

Pour terminer, chers collègues, permettez-moi de formuler un vœu, que je prierai le secrétaire de noter en son procès-verbal, parce que j'en fais en même temps l'objet d'une proposition formelle :

C'est que ce congrès international dentaire, s'il est le premier du genre, ne soit pas le dernier ; que nous décidions que ces congrès se renouvelleront à époques fixes dans l'une ou l'autre ville d'Europe ou d'Amerique, et qu'entre temps nos différentes sociétés continuent à entretenir, d'un pays à un autre, les relations les plus amicales ; voire même s'il n'y aurait pas lieu de constituer entre nous, à l'instar d'autres professions, une vaste fédération internationale dentaire qui continuerait d'une façon permanente, continue, persévérante, l'œuvre de progrès intellectuel et de relèvement moral que se sont donnée pour mission les organisateurs et les membres de ce Congrès.

Allocution de M. Ramm

Au nom de la Société des médecins russes.

Mesdames, Messieurs et chers Confrères,

Mes compatriotes et confrères ici présents m'ont confié l'honorable tâche de réparer la faute involontaire, commise par le président de la Société des médecins-dentistes russes, M. Pravedny et de remercier M. le président du Congrès international dentaire et le Comité, de l'invitation à cette fête dont ils nous ont honorés. Nous ne sommes pas encore renseigné sur la cause de l'absence de M. Pravedny, nous sommes néanmoins en état d'affirmer que ce n'est pas un manque de bonne volonté. Nos sympathies pour la France et la science française sont trop connues pour qu'il me soit nécessaire d'insister sur ce point ; il doit y avoir quelque grave obstacle qui a empêché notre collègue d'être présent au milieu de vous.

Le proverbe russe dit : Mieux vaut tard que jamais ; je conclus donc en exprimant de la part de tous mes confrères et compatriotes, et de la mienne, les plus vifs sentiments de reconnaissance et d'admiration pour vous, Monsieur le président, pour Messieurs les membres du comité et pour nos chers confrères de France et de l'étranger. J'ose espérer que nos félicitations, quoique un peu tardives, seront accueillie avec bienveillance.

Vive la France !

Vive la science française !

ALLOCUTION DE M. TRALLERO
De Barcelone
Secrétaire honoraire du Congrès, au nom des dentistes espagnols.

Comme représentant de l'Espagne, je salue Monsieur le président du Congrès et tous mes confrères français et étrangers. Je félicite la France pour son succès dans ce grand congrès scientifique et fais tous mes vœux pour qu'à l'avenir mes compatriotes viennent s'aviver dans cette fontaine de la science et apporter en Espagne des connaissances que la France doit être fière d'avoir acquises grâce à l'organisation de ses deux écoles et au dévouement du corps enseignant que je félicite.

Je voudrais voir à Madrid pareille organisation et désintéressement pour la science dentaire, pour pouvoir offrir aux membres organisateurs de ce congrès et à tous les dentistes une fête scientifique comme celle qui nous réunit ici.

Je termine en disant : Vive cette source de science ! vive la France que je chéris !

M. Bensow, délégué de la Suède, s'exprime en ces termes

Au nom de la Société dentaire scandinave j'ai le plaisir et l'honneur de vous remercier d'avoir bien voulu l'inviter à participer à ce Congrès. J'ai déjà assisté à plusieurs congrès dentaires dont aucun n'a été semblable à celui-ci, ce qui n'est pas étonnant puisque la France, qui marche toujours à la tête du progrès, en a eu l'idée.

M. le Dr Amoedo, délégué de la Société odontologique de la Havane, dit :

La Société odontologique de la Havane m'a chargé d'être son représentant auprès de vous. Je vous félicite de votre entreprise et je fais des vœux pour son succès.

La séance est levée à onze heures.

G. BLOCMAN,
Secrétaire du Congrès.

COMPTE-RENDU SOMMAIRE DES TRAVAUX DE LA PREMIÈRE SECTION

Anatomie et physiologie normales et pathologiques,
par M. G. BLOCMAN ; M. F. P., secrétaire-rapporteur.

COMMISSION :
MM. Dr Gaillard, Dr Marchandé, Blocman, Ronnet.

La commission d'organisation du Congrès avait mis à l'ordre du jour les questions suivantes :

1° *Les dents selon les races;*

2° *Le rôle des micro-organismes dans la pathogénie dentaire et buccale;*

3° *De l'influence de la nutritiou sur la production et sur la guérison de la carie dentaire ;*
4° *Classsification et terminologie dentaires et buccales.*

Ces questions furent traitées dans les séances des mardi, 3 septembre, et mercredi, 4 septembre, sous les présidences de M. le Dr Gaillard, président, et de MM. Poinsot et Saussine, vice-présidents.

M. ARNIM ROTHMANN, DE BUDA-PESTH, fait une communication sur la

PATHO-HISTOLOGIE DE LA PULPE ET DU PÉRIOSTE.

L'auteur établit de la façon suivante une classification qu' démontre par des préparations microscopiques, mises à la disposition des membres du Congrès après les séances :

1° Pulpitis acuta partialis ;
2° Pulpitis acuta partialis purulenta (p. acuta ulcerosa) ;
3° Pulpitis acuta totalis ;
4° Pulpitis acuta totalis purulenta.

Dansle premier cas, M. Rothmann signale le peu d'étendue de l'affection, avec hémorrhagie possible, et constate en outre que le siège du malaise pulpaire n'est pas toujours en rapport avec la lésion de l'ivoire ; ainsi, dans un cas de carie de la face triturante, le siège de la pulpite était près du collet de l'organe. Dans d'autres cas, il y a deux foyers d'inflammation.

La seconde division est caractérisée par une ulcération au sommet de la pulpe et la présence du pus.

La troisième catégorie (pulpitis acuta totalis) se distingue de la première par ce fait que la totalité de la pulpe est atteinte et que les manifestations pathologiques varient suivant la durée de la cause initiale.

M. Rothmann établit ici des subdivisions telles que la pulpitis acuta traumatica, qui présente également des variétés en rapport avec le temps qui sépare le traumatisme et l'examen microscopique de la pulpe, et la pulpitis chronica parenchymatosa qui est caractérisée par l'hypereresthesie chronique avec hyperplasie des tissus. L'autre la rapproche de l'hyperthemia pulpæ du Dr Black.

La pulpitis chronica totalis purulenta est spéciale en ce sens que le pus se forme au centre de l'organe pour s'étendre vers la périphérie.

M. Arnim Rothmann se résume ainsi : Il est de toute nécessité de bien distinguer entre les quatre formes de pulpites :

1° Au premier cas, nous avons une inflammation qui commence sous la couche odontoblastique et ne s'étend que sur un très petit rayon. Cette inflammation est caractérisée par l'infil-

tration cellulaire, elle est probablement causée par des microbes ;

2° La deuxième forme est un procédé ulcéreux qui détruit aussi les couches odontoblastiques et, selon l'intensité et la durée de la maladie, s'étend plus ou moins profondément dans les couches du tissu de la pulpe ; si la maladie dure longtemps, elle devient semblable à la forme ulcéreuse de la pulpitis acuta totalis ;

3° Enfin, la pulpitis chronica totalis purulenta est son processus chronique qui débute au centre de la pulpe et s'étend lentement jusqu'à la périphérie.

Cette communication est accueillie par des applaudissements.

DISCUSSION

M. le Dr Izlaï, de Buda-Pesth. — En matière de classification dans les sciences naturelles, il faut s'en tenir rigoureusement à quelques principes généraux relativement aux antagonismes et aux analogies. Notamment en ce qui concerne l'étude des bactéries, M. Rothmann, n'en ayant pas fait l'objet d'une étude particulière, nous ne pouvons admettre sans réserves sa classification.

M. le Dr A. Rothmann. — Il se peut que M. Izlaï ne voit pas toute l'utilité de ma classification. J'étais dans le même état d'esprit quand j'étudiais la botanique et que les classes et les subdivisions nombreuses de Linnée ne m'entraient pas dans la tête. Je ne suis pas cause que la pulpe et la membrane radiculo-dentaire aient tant de maladies, causant des changements particuliers que le microscope peut déterminer. Si M. Izlaï avait bien voulu examiner mes préparations microscopiques il ne m'aurait pas adressé ses critiques.

M. Poinsot donne lecture d'une communication sur

LES DENTS FRANQUES DU CIMETIÈRE D'HERMÈS (OISE).

L'auteur de cette communication a reçu du Dr Baudon, de Mouy (Oise), trente et une dents provenant du susdit cimetière dont l'ancienneté n'est pas douteuse.

Ces dents se divisent comme suit :

1° 8 grosses molaires supérieures, 1er, 2e et 3e ;
2° 8 grosses molaires inférieures, 1er, 2e et 3e ;
3° 10 canines inférieures et supérieures ;
4° 1 petite molaire supérieure ;
5° 1 petite molaire inférieure ;
6° 2 incisives inférieures permanentes ;
7° 1 canine temporaire.

L'auteur étudie avec soin chacun de ces groupes de dents, ensemble et séparément.

Les molaires supérieures présentent l'une, 1re g. m. s., quatre racines, trois autres, des sillons profonds sur les racines palatines et antéro-externe. Sur la 5e dent qui est une 1re molaire appartenant à un sujet jeune, les racines sont mal développées, les autres sont des dents de sagesse.

Les molaires inférieures sont plus intéressantes au point de vue nutritif : elles présentent certains troubles tels que érosion, carie, résorption et exostose, des sillons assez accentués sur les racines, mais pas d'anomalie de nombre de ce côté.

Le groupe de canines présente deux organes absolumen bifidest à la racine et cinq autres ayant des sillons très marqués indiquant un état de bifidité incomplet.

La seule petite molaire supérieure de la collection possède trois racines bien distinctes et disposées comme celles des grosses molaires.

Dans les autres groupes, M. Poinsot signale également sur les racines la présence de sillons bien marqués et termine son intéressante communication par l'exposé suivant :

Dans l'ensemble des trente et une dents recueillies dans la fouille d'Hermès (Oise), nous trouvons cinq canines inférieures plus ou moins bifides. Une petite molaire supérieure à racine triple. Dix grosses molaires possédant l'une des racines ou des indications de racines supplémentaires par rapport aux dents de nos contemporains.

M. Dubois fait une communication sur

LES DENTS DES FRANÇAIS

L'orateur signale tout d'abord la concordance relative de la statistique qu'il a dressée avec celles faites antérieurement par M. Boudin pour la période de 1831-49 et par Chervin 1850-69, et montre la constance des phénomènes observés, malgré les différents modes d'établissements des chiffres, et les différentes périodes sur lesquelles ils portent.

Il met en lumière les disproportions considérables que révèlent ces chiffres, et qui vont bien au delà de ce que l'observation superficielle apprenait sur la fréquence relative de la carie dentaire selon les contrées (Puy-de-Dôme, 40 pour 100,000 examinés ; Seine-Inférieure, 5,129 ou 128 fois plus).

En étudiant la distribution géographique des édentés on arrive à cette première conclusion qu'ils ne sont pas répartis au hasard mais selon certaines lois à connaître, dont l'existence est évidente.

Il passe en revue les différentes causes possibles, en montrant les groupements figurés sur une carte de France mise sous les yeux du Congrès, et après avoir établi que la latitude, l'altitude, l'hydrographie, la constitution géologique du sol, l'alimentation,

les boissons habituelles, la civilisation ne peuvent être invoquées comme causes essentielles et mêmes importantes, il défend l'hypothèse de Magitiot sur l'influence ethnique.

L'orateur donne ensuite quelques renseignements sur l'ethnographie de France constituée par trois groupes principaux : les Celtes, les Kymris, les Ibéro-Ligures, puis étudiant chacun de ces groupes isolément et les rapprochant du nombre des exemptés pour mauvaise denture, il met en lumière l'accord des faits avec l'hypothèse ethnique, principalement en ce qui regarde les Deux-Sèvres qui constituent une anomalie au centre de leurs voisins immédiats, anomalie qu'on ne pourrait expliquer par le milieu, tandis que l'origine de la race en rend parfaitement compte.

En terminant M. Dubois dit qu'il a jugé utile de communiquer au Congrès un résumé de son travail afin de signaler à ses confrères de province et de l'étranger toute l'importance de la question. Si les dentistes de la province voulaient faire une enquête sur des espaces moins vastes que la France et prendre leur département par exemple pour objet d'une étude spéciale, en dressant une statistique par canton ; le problème encore obscur de l'étiologie de la carie dentaire serait bien près d'être résolu. Les dentistes français se feraient honneur en abordant l'un des sujets les plus vastes qu'il leur soit permis de traiter et ils apporteraient ainsi à la science générale une contribution importante ; car la matière exige, non seulement une étendue approfondie du système dentaire, mais encore des sources de la vie elle-même.

Il termine par ces mots :

« Nous serions également heureux que les dentistes étrangers voulussent bien nous faire connaître quel est, dans leur pays, l'état des choses à cet égard. On pourrait ainsi faire dans quelques années un travail d'ensemble dont tous profiteraient, les savants et les dentistes.

DISCUSSION

M. le Dr Dunogier, de Bergerac, demande à M. Dubois si les pierres druidiques ne sont pas l'œuvre des Kymris, car, comme elles existent surtout en Bretagne, cela semblerait infirmer les théories exposées.

M. Dubois. — Les monuments druidiques et mégalithiques sont surtout en pays celtique et non en pays kymrique.

M. Thuillier, de Rouen. — Je suis d'accord avec M. Dubois pour ce qui concerne la Normandie et j'ai constaté maintes fois la destruction complète des dents supérieures chez des jeunes filles de 15 à 18 ans.

M. Godon, de Paris, fait ressortir les différences locales qui existent entre la carte de la carie dentaire en France publiée par Magitot en 1867 et celle de M. Dubois, la première portant sur les exemptions militaires de 1837 à 1849.

M. le Dr Gaillard. — M. Magitot s'est servi d'une thèse antérieure.

M. Dubois. — M. Magitot s'est appuyé sur le travail de Boudin et lui a emprunté ses chiffres publiés en 1857. Chervin a étudié une période beaucoup plus rapprochée de nous et, quoiqu'il ait établi sa statistique d'une manière un peu différente, nos proportions ne sont que peu dissemblables. Cela est une garantie d'exactitude. Le désaccord entre Boudin d'une part, Chervin et moi d'autre part, porte principalement sur la Dordogne ; mais, sur ce point, Boudin, puis Magitot, ont commis une erreur évidente.

M. le Dr Dunogier. — M. Dubois a dit qu'il fallait remonter aux Celtes et aux Kymris pour trouver l'origine ethnique des Français. Or les historiens ne sont pas encore fixés sur ces deux peuples et Bouilhet, dans son dictionnaire les différencie très peu comme origine.

M. Dubois. — Je suis un peu étonné des critiques de M. le Dr Dunogier, surtout quand il n'a d'autre autorité à m'opposer que celle du dictionnaire Bouilhet! On peut me croire, quand je dis n'avoir rien tiré de mon propre fonds sur cette question. J'ai parlé d'après Broca et Lagneau, on peut s'assurer si leurs dires sont en contradiction avec ce que je vous ai exposé.

M. le Dr Gaillard. — Nous n'arriverons pas à éclairer complètement la question, les exemptions devenant plus rares pour cette cause et les races se mélangeant de plus en plus. Je crois que M. Dubois ne fait pas une part assez considérable à la civilisation qui est une cause importante en la matière.

M. Godon. — La Seine occupe un bon rang dans la statistique de M. Dubois.

M. Poinsot lit à l'assemblée une communication sur les MICROZIMAS ET LES ALCALOIDES CADAVÉRIQUES,

Qu'il termine comme suit :

N'employer en thérapeutique dentaire que les produits permettant la conservation des tissus vivants et avulser de la bouche tous les tissus envahis par les microbes pathogènes ainsi que ceux qui posséderont n'importe quel alcaloïde cadavérique.

Le même auteur donne ensuite lecture de son travail sur LES ACCIDENTS PRODUITS PAR LES DENTS MORTES DANS LA BOUCHE.

Il dit : « La présence dans la bouche de dents mortes doit toujours être considérée comme devant entraîner un pronostic grave, puis il insiste sur les diathèses en général comme causes déterminantes de retentissement pathologique sur le système dentaire et insiste sur ce fait qu'en dehors de la carie il peut se produire mortification des organes. Il est important de déterminer la cause de la mortification qui peut provenir de plusieurs sources, causes générales, traumatismes (articulation, évolution

de la dent de sagesse), appareil prothétique défectueux, redressement rapide, écartement brusque des dents.

« Les causes traumatiques n ont généralement pas un retentissement grave ; il n'en est pas de même des autres, dans lesquelles les bactéries, des alcaloïdes cadavériques, jouent un rôle important par leur diffusion. » M. Poinsot termine sa communication en formulant le vœu que, pour les consultations médicales importantes, il soit demandé au dentiste un état de la bouche et des dents malades afin d'aider au diagnostic et de faciliter le pronostic. Les thérapeutiques générale et spéciale seront ainsi plus conformes aux intérêts des malades et de la science.

M. Poinsot cite à l'appui de sa théorie trois observations personnelles.

M. GROSHEINTZ fait au Congrès une communication sur LA STÉNOGRAPHIE DENTAIRE.

L'auteur propose de représenter les dents par la première lettre des mots latins qui les désignent en employant pour les bicuspidées par exemple un grand B pour la première et un petit *b* pour la deuxième ; de même pour les incisives, etc.

Deux traits, l'un horizontal et l'autre oblique en haut ou en bas, serviraient à désigner par l'ouverture de l'angle le côté droit ou gauche et par la position supérieure ou inférieure de la ligne oblique celle des deux mâchoires qui possède la dent ainsi notée. Les dents caduques sont désignées de la même façon avec l'adjonction d'un petit *c* en exposant. Puis, à l'aide des chiffres 1, 2, 3, 4, placés, suivant le cas, après la lettre dénominatrice on indique le degré de la carie. Les faces atteintes par la carie se désignent également par les lettres *v*, vestibulaire ; *l*, linguale ; *m*, médiane ; *d*, distale ; *t*, triturante. Lorsqu'il s'agit d'une racine, la lettre *l* suffit pour l'indiquer ; enfin, l'auteur fait suivre cet exposé d'une série d'abréviations pour désigner la maladie, les pansements, et les substances employées pour les obturations.

M. DUBOIS désire, comme l'auteur de la précédente communication, que les dentistes s'entendent sur un système d'abréviations professionnelles, mais aux lettres il préfère les chiffres.

M. Dubois a publié un essai sur le sujet, mais il croit qu'il appartient à une commission d'examiner la chose.

M. SCHWARTZ, DE NIMES. — On pourrait commencer par une molaire du bas, par exemple avec le nº 1, et terminer avec la dernière du haut, avec le numéro 20, 24, 28 ou 32, selon le cas.

M. TRALLERO, DE CETTE, demande la nomination d'une commission d'examen.

M. CUNNIMGHAM, DE CAMBRIDGE, pense qu'il faut un système; il en a présenté un, mais il croit qu'il ne faut pas seulement étudier une sténographie dentaire pour la pratique du cabinet; c'est à la clinique, à l'école qu'il faut s'exercer. M. Cunnimgham

dépose sur le bureau du congrès un exemplaire de sa carte de la bouche qu'il fait étudier à ses élèves et qui, d'ailleurs, est adoptée en Angleterre.

Le Président met aux voix la proposition de M. Trallero. MM. Dubois, Cunnimgham, Grosheintz, Schwartz et Trallero sont nommés.

M. Godon propose que les commissions déposent leurs rapports à la séance du vendredi 6 septembre (Adopté).

M. Dubois présente un travail sur la

Terminologie et la classification des principales affections des dents et de la bouche. (Cette communication est insérée en tête du journal.)

M. Chauvin lit ensuite les conclusions d'un travail fait en commun avec M. Papot sur :

Les gingivites. Essai de classification. Thérapeutique rationnelle et conséquences pathologiques.

En voici les conclusions :

« Du long exposé qui précède, nous concluerons :

1° Que l'inflammation de la gencive, sauf dans les cas d'ordre toxique ou spécifique, est toujours la conséquence d'une cause traumatique; que, dans l'espèce, la cause à peu près unique du traumatisme est due à l'action du tartre et que la gravité de la maladie dépend précisément de la façon dont il se dépose.

Nous remarquerons :

Que les formes à évolution lente, d'intensité moyenne où à peine marquée, sont toujours provoquées par des dépôts concretés régulièrement et peu profondément situés; qu'au contraire, les gingivites à marche et à transformation rapides, présentant des symptômes d'une certaine gravité, sont toujours provoquées par des dépôts situés profondément et placés irrégulièrement sur le cément ;

Que cette irrégularité et les rugosités qui en sont la conséquence expliquent le traumatisme continuel, les blessures produites sur la gencive et la mortification des tissus mous que l'on observe toujours dans les cas graves ;

Que la gencive s'irrite. dans la profondeur des tissus, d'autant plus vivement qu'elle demeure en continuel contact avec l'agent d'irritation et de traumatisme, et qu'elle peut ainsi subir toutes les transformations, en partant de la plus bénigne pour arriver à la plus grave.

2° Que l'apparition des gingivites toxiques et spécifiques peut être provoquée plus tôt et prendre une forme plus grave, grâce à la présence du tartre et passer ainsi plus facilement d'un état chronique supportable à un état franchement aigu ;

Qu'en outre, dans certains cas de gingivites toxiques, la gingivite mercurielle, par exemple, tel malade, toute question d'idiosyncrasie à part, supportera, sans accident, une dose de

médicament qui provoquerait l'inflammation toxique, s'il était sous l'influence d'un gingivite préexistante.

3° Que les conséquences pathologiques de la gingivite peuvent être de la plus haute gravité pour la santé générale du malade et même quelquefois amener une terminaison fatale, ainsi que le prouvent les cas que nous citons et qui ne sont pas les seuls qu'il nous ait été permis d'observer.

4° Que la thérapeutique sera d'abord chirurgicale, qu'elle est du ressort exclusif du dentiste, qui devra, avant tout autre traitement, pratiquer le nettoyage minutieux des dents en plusieurs séances si c'est nécessaire, et s'essurer qu'aucune parcelle de tartre n'est restée en les dents et les gencives, pour y jouer le rôle d'épine inflammatoire;

Que la thérapeutique chirugicale sera au besoin destructive (emploi du thermo ou du galvano-cautère dans les gingivites fongueuses et hypertrophiques);

Que le médecin, consulté dans les cas de gingivite, devra, quand bien même l'inflammation serait la conséquence d'un état diatésique ou d'une médication toxique, conseiller à son malade d'avoir recours au dentiste pour faciliter, par la guérison locale, les effets d'une thérapeutique génerale.

5° Que la thérapeutique médicale sera toujours antiseptique. En effet, l'irritation et le traumatisme continuels amenant le sphacèle des tissus mous, l'ostéite et parfois la nécrose, la mortification de ces tissus et la décomposition des substances et déchets organiques rendent la cavité buccale septique au plus haut degré.

C'est à ces effets qu'il faut s'attaquer après avoir fait disparaître la cause.

DISCUSSION

M. Dubois.—Je ne suis pas absolument de l'avis de MM. Chauvin et Papot sur l'étiologie de la gingivite, il ne s'ensuit pas de ce que le tartre est presque toujours présent dans les gingivites et de ce qu'il les aggrave toutes; pour qu'on lui attribue l'origine du mal.

L'inflammation gingivale s'accompagne d'une mastication défectueuse et nous connaissons tous combien quand la mastication ne se fait pas sur un point le tartre s'y dépose, il est donc souvent le phénomène secondaire et non le fait initial au moins d'une manière constante.

(*Suite au prochain numéro.*)

ERRATUM

Nos lecteurs ont rectifié l'erreur de mise en pages commise par l'imprimeur qui isolait les passages reproduits ci-dessous.

« Le Dental Review du 15 septembre que nous venons de rece
« voirpublie les lignes suivantes : -

Une dépêche de Paris nous apprend que le Congrès dentaire

international est terminé après des séances intéressantes et utiles. Ce Congrès a été un succès qui a dépassé de beaucoup les espérances de ses plus chauds partisans.

AVIS

Conformément à la décision adoptée par le Congrès dans sa séance du vendredi 6 septembre, confirmée par le vote de la commission d'organisation dans sa séance du 8 octobre, les rapporteurs de chaque section prient Messieurs les auteurs de commudications de bien vouloir leur faire parvenir le texte de leurs communicatious ou l'exposé de leurs démonstrations ou présentations.

Ces rapporteurs sont pour la section d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques : M. Blocman 57, rue Rochechouart.

Thérapeutique, dentisterie opératoire et matière médicale : M. Dubois, 57, rue Rochechouart,

Prothèse et orthopédie dentaires : M. Saussine, 3, rue de l'Abbaye.

Déontologie et hygiène : M. Godon, 57, rue Rochechouart.

Clinique et présentation d'instruments : M. Chauvin 57, rue Rochechouart.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 1er octobre 1889

Présidence de M. Dubois, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le procès-verbal est adopté.

M. le Président. — Nous avons eu l'idée de prier M. Etcheparreborda, délégué de la République Argentine et de la Faculté de médecine de Buenos-Ayres au Congrès dentaire international, qui prolonge encore son séjour parmi nous, de nous faire une communication, et il a bien voulu accepter. Malheureusement nous avons été avisé trop tard de son acceptation, c'est-à-dire quand les lettres de convocation étaient déjà lancées. Nous le regrettons vivement car autrement nous aurions eu une assistance plus nombreuse. Nous sommes heureux d'avoir parmi nous M. Etcheparreborda, qui est un des anciens condisciples de plusieurs d'entre nous et nous le remercions bien vivement de sa coopération aux travaux de la Société.

Il en est de même de M. Abdallah-Douba, dentiste à Damas, qui veut bien nous fournir des renseignements sur la situation professionnelle en Syrie : nous avons été informé trop tard également de sa communication et nous n'avons pu la faire figurer à l'ordre du jour ; nous lui en exprimons tous nos regrets.

Cette communication sera insérée au prochain numéro.

I. — Transplantation, par M. Godon

(Cette communication sera insérée au prochain numéro).

M. Godon présente la dent extraite.

DISCUSSION

M. Chauvin. — Le procédé est assez nouveau pour qu'on ne puisse pas en tirer de déduction trop étendue. Mais que feriez-vous dans le cas contraire, c'est-à-dire si la racine de la dent à transplanter était beaucoup plus volumineuse que l'autre ?

M. Godon. — Notre ami Dubois, dans son dernier *Traité sur la carie dentaire*, parlant de la greffe en général, dit qu'on doit respecter aussi scrupuleusement que possible la dent qu'on transplante et lui laisser autant que possible tout son périoste; c'est aussi mon avis car les altérations qu'on rencontre sur la racine d'une dent transplantée, lorsque pour une cause quelconque elle vient à être extraite, proviennent surtout de l'absence de périoste. Pour une dent plus volumineuse, c'est donc l'alvéole qu'on doit entamer et non le périoste.

Quant à l'observation que je présente j'insiste sur les bons résultats obtenus par l'adjonction d'un morceau; dans tous les cas où la racine à greffer est plus petite on peut agir de même et c'est, en quelque sorte, un encouragement à être plus hardi.

M. Ronnet. — D'après M. Godon il faut respecter le périoste; mais dès lors comment explique-t-il l'emploi d'une dent sèche, car alors il n y a plus de périoste ?

M. Godon.—Younger, de San-Francisco, auquel on doit l'implantation, prétend que le périoste de la dent mis en contact avec celui de l'alvéole est susceptible de renaître.

M. le Président. — Comment avez-vous conservé la dent réimplantée ?

M. Godon. — Dans un tube contenant de l'eau et de l'alcool, et j'en ai ainsi plusieurs qui attendent des alvéoles de bonne volonté.

M. le Président. — Nous pouvons nous supposer en présence d'une implantation, puisque l'alvéole n'a pas été fait exprès et, dans le cas de M. Godon, les moyens doivent être les mêmes que dans l'implantation proprement dite. Il est nécessaire de respecter le périoste et plus avantageux d'entamer l'alvéole. Les conditions de la greffe ne sont pas les mêmes dans le cas de réimplantation simple, dans la greffe par restitution et dans l'opération de Younger. Ceux qui ont ausculté la dent implantée par M. Meng lui ont trouvé une grande immobilité. Il y a donc là une véritable ankylose, c'est-à-dire très probablement union entre le cément et l'alvéole. Il est vraisemblable que, sans le vouloir, M. Godon a eu une réunion des tissus par le même processus que dans l'implantation. Mais une tentative hardie, c'est l'adjonction du morceau. Quel en a été le sort? Je crois bien qu'il a servi de cale, qu'il a donné un peu de solidité et

qu'il a dû disparaître en laissant la place à du tissu osseux de nouvelle formation. Dans la transplantation, quand il y a des vides, il se forme du tissu osseux. Il ne faut pas oublier que l'alvéole joue un rôl assez passif car il est fait pour la dent et non la dent pour lui. Il peut être entamé assez hardiment, mais la racine doit être respectée autant que possible. L'implantation doit produire, en résumé, une réunion comme dans l'ankylose osseuse.

M. Godon. — J'espère pouvoir vous présenter le malade à la séance de janvier, car il sera de retour à ce moment. On ne pourra cependant faire que des hypothèses sur le sort du morceau ajouté ; toutefois, comme j'ai mis partout deux périostes en présence, je crois que l'on peut parfaitement admettre que le morceau ajouté s'est greffé à l'alvéole et même à la dent transplantée comme cela se produit dans certaines greffes en grande chirurgie.

M. Chauvin. — Si toutefois il y avait du périoste dans l'alvéole!

M. Godon. — Il est possible qu'il y ait eu union ou résorption ; en tous cas, le procédé n'a eu aucun effet nuisible et a aidé à l'immobilité d'une dent qui n'aurait pu être employée sans cela.

M. Chauvin. — Une malade me fut envoyée l'an dernier avec une fistule mentonnière; elle avait reçu un choc formidable sur les deux incisives centrales inférieures. Je conclus à l'extraction des deux dents et j'y procédai : je commençai, sans le savoir, par celle qui n'était pas cause de la fistule, car la seconde en était réellement la cause. Je fis ensuite la réimplantation et, au bout de 8 jours, les dents étaient relativement solides et la fistule avait disparu : le succès fut complet. Le cas est intéressant à cause de la reprise rapide. C'est après quatre ans que l'accident s'était produit. Du reste, une communication sera faite à ce sujet.

II. — Observation de fracture du maxillaire inférieur
Par M. Ronnet.

M. Ronnet donne lecture de cette communication et présente l'appareil. Cette communication est insérée aux Travaux originaux.

DISCUSSION

M. Deschaux. — Quel était le chevauchement des fragments?

M. Ronnet. — Le chevauchement se faisait d'une façon assez vaste, mais enfin ils étaient réunis avec l'intervalle d'une dent qui manquait. C'est une fracture compliquée, réduite en 36 jours.

M. le Président. — Plus vous approchez de la ligne médiane et moins vous avez de déplacement ; à la ligne médiane même vous n'en avez plus pour ainsi dire, car les muscles ont plus de

puissance quand on est dans le voisinage de l'articulation. Dans le cas qui nous occupe il y avait donc fort peu de déplacement.

Des travaux récents ont démontré que, pour les fractures des membres inférieurs, tibia et péroné, il y a intérêt à ne pas immobiliser trop longtemps dans une gouttière ; il vaut mieux, au contraire, donner de l'activité par des massages et essayer de faire marcher le malade de bonne heure. Cela dicte notre conduite. Pour mon compte, c'est la deuxième fracture simple du maxillaire inférieur que je vois guérir par le seul moyen de la cage emboîtant les dents et, avec la fronde, on a assez de fixité. Le malade de M. Ronnet était dans des conditions peu favorables. La fracture remontait à trois mois, elle avait engendré une suppuration chronique se trahissant par une fistule ; il est probable que du tissu fibreux entre les fragments et par conséquent une pseudarthrose étaient en voie de formation et, malgré cela, au bout de 20 jours on a pu enlever l'appareil. On peut très bien se contenter d'une simple cage métallique ; l'aluminium par sa rigidité et sa facilité d'estampage simple convient à merveille ; cet appareil n'est pas élégant, il a pourtant assuré une coaptation suffisante des fragments tout en permettant les lavages, qui sont indispensables. S'il n'y a qu'une fracture simple sans esquilles, sans causes d'irritation permanente, on peut même se dispenser de la fronde. Mon premier malade n'avait pas été hospitalisé et j'ai acquis la conviction qu'il ne prenait pas les précautions indiquées en pareil cas, et quoique une dent placée sur la ligne de fracture maintînt pendant plusieurs semaines de la suppuration, la réunion ne s'en opéra pas moins heureusement. La mentonnière métallique de Martin n'est réellement indispensable que dans les fractures compliquées, ou chez les individus dont l'état général est mauvais.

III. — Appareil de restauration palatine
Par M. Ronnet.

M. Ronnet donne lecture de sa communication et présente l'appareil. Cette communication est insérée aux travaux originaux.

DISCUSSION

M. Godon. — Il me semble que la nécrose phosphorée est plus rare sur le maxillaire supérieur.

M. le Président. — Les nécroses sont dans la proportion de 6 sur le maxillaire supérieur pour 10 sur le maxillaire inférieur.

M. Ronnet. — Je ne vous ai présenté cette observation que pour montrer les bienfaits de la prothèse dans un cas semblable. L'appareil assure l'occlusion inférieure des fosses nasales en reformant un plancher au sinus maxillaire, en permettant immédiatement la parole et la mastication.

IV. — LA SITUATION PROFESSIONNELLE EN SYRIE
Par M. ABDALLAH-DOUBA

M. ABDALLAH-DOUBA. — Je suis dentiste à Damas, en Syrie, depuis dix-sept ans. Autrefois le gouvernement turc ne s'occupait pas de notre profession mais il le fait maintenant. Quand quelqu'un avait mal aux dents, il allait chez un barbier qui lui cassait la mâchoire et bien des gens en restaient estropiés. Quand j'ai commencé à pratiquer j'ai rencontré de grandes difficultés et personne ne venait chez moi, car le fanatisme religieux ne permettait pas de placer des dents artificielles. Peu à peu, toutefois, les employés du gouvernement sont venus et on a pris confiance. Puis l'administration s'est préoccupée de la chose et, à présent, on commence à comprendre ce que c'est que l'art dentaire. Nous avons beaucoup de dentistes, mais un grand nombre d'entre eux ne connaissent pas du tout la chirurgie. Nous n'avons ni écoles dentaires, ni sociétés et ces dentistes n'ont que des rapports désagréables entre eux.

Les Musulmans, sont, comme on sait, très fanatiques et quand les femmes ont mal aux dents, leurs maris ne les laissent pas aller chez le dentiste ou ne se décident à le faire qu'avec de grandes précautions : la femme est escortée de plusieurs parents et ne se découvre juste que la bouche. Pour lever un peu les difficultés, j'ai fait apprendre la dentisterie à ma sœur qui traite alors les femmes musulmanes.

A Damas, ville de 200,000 habitants, dont 200 Européens, il n'y a que trois dentistes faisant ce métier, et il y en a huit à Beyrouth pour 80,000 habitants. Trois populations habitent la Syrie : les Musulmans, les Druses et les Grecs, mais la race est mélangée et comprend des Turcs, des Circassiens, des Arabes.

Si tous les gens malades se faisaient traiter il faudrait vingt dentistes à Damas, car les dents sont mauvaises. La carie, si fréquente, est imputable aux sucreries qu'on mange, aux citrons qu'on absorbe ; enfin la syphilis y contribue et, comme on ne croit pas encore aux médecins, on s'adresse à des charlatans qui vous traitent mal avec du mercure. D'autre part, les paysans des environs de Damas souffrent beaucoup de l'humidité et, au printemps, un grand nombre d'entre eux ont des gingivites.

M. LE PRÉSIDENT. — Observez-vous des différences entre les dents des gens de la ville vivant plus ou moins à l'européenne et celles des gens de la campagne ayant gardé les traditions de sobriété et de simplicité alimentaires ?

M. DOUBA. — Non, pas beaucoup. Pourtant, je dois dire que ces derniers ont plus fréquemment que les citadins de bonnes dents ; en revanche les gingivites sont plus fréquemment observées.

M. LE PRÉSIDENT. — Quel est le genre d'alimentation de la

population en général? Fait-elle un usage habituel de la viande? Quels sont les farineux qu'on préfère?

M. Douba. — On mange du pain comme ici; peut-être un peu moins blanc; quant aux indigènes, ils sont fort pauvres et ils ne peuvent se procurer de viande.

M. le Président. — L'étiologie de la carie dentaire serait très éclaircie si des praticiens de tous les pays voulaient bien contribuer à une enquête sur l'état des dents chez les différents peuples en disant aussi quelques mots sur le genre d'alimentation et en donnant quelques renseignements sur le milieu ambiant. Pour mon compte, je serai très reconnaissant à ceux qui daigneront m'envoyer quelques renseignements sur ce sujet, et je publierai leurs communications dans l'*Odontologie*.

Nous remercions M. Douba de ses excellents renseignements, et nous espérons qu'il voudra bien les compléter en nous adressant une correspondance une fois de retour dans son pays.

V. — Présentation de coupes de la machoire d'un chien nouveau-né et de bactéries de la bouche

Par M. Etcheparreborda

M. Etcheparreborda, de Buenos-Ayres, fait cette présentation et indique les moyens de préparer ces coupes à l'aide de la moelle de sureau, du microtome et de la solution destinée à ramollir les tissus durs et à durcir les tissus mous. Cette solution, dans l'espèce, comprend cinq parties d'acide chlorhydrique, une d'acide picrique et d'eau. Le microtome permet d'obtenir des coupes aussi minces qu'on veut et on les place alors dans l'eau pour enlever la gomme; il ne reste plus qu'à les mettre sur la plaque de verre, de la façon suivante : on met du bitume de Judée, dissous dans du chloroforme, sur la plaque de verre qu'on fait tourner à l'aide de l'appareil, on fait sécher celle-ci, et, quand elle est sèche, on dépose la préparation au milieu. C'est la *préparation hydratée*, qui dure indéfiniment une fois sèche.

Il y a une autre manière de préparer, à l'aide du baume : on verse une goutte de baume sur une plaque de verre qu'on fait chauffer un petit moment, on prend la coupe tout à fait déshydratée, on la colore, on la sèche et on la place.

Pour la salive on ne colore pas, on lave seulement avec un acide. Les microbes s'examinent au moyen de l'éclaireur Labbé qui concentre les rayons lumineux, et on ajoute toujours des substances comme la glycérine, qui absorbent les rayons et les rendent tout à fait convenables.

M. le Président remercie M. Etcheparreborda de ses rensei-

gnements fort intéressants, qui seront un guide sûr pour les dentistes qui auraient à faire des coupes.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le Secrétaire
L. Bioux

UNE RECTIFICATION NÉCESSAIRE

Nous relevons dans le journal *Le Matin* du 16 octobre 1889 un portrait de notre distingué confrère, le Dr Th. David, devenu député des Alpes-maritimes, qu'il nous paraît intéressant de reproduire *in extenso* :

Le nouveau député de Puget-Théniers est âgé de trente-huit ans. Figure ouverte et intelligente, un mélange de malice et de bonté dans le regard. C'est ce qu'on nomme un fils de ses œuvres. Etudiant pauvre, il devint, à force de travail et de privations, un brillant docteur. Sa thèse sur la *greffe dentaire* marqua une découverte de la science et fut couronnée.

Adonné à la spécialité des maladies de la bouche, il annexa au domaine de la science ce qui était jadis un empirisme, tout au plus un art. Son dictionnaire de la chirurgie dentaire, sa clinique de la Pitié, ses ouvrages techniques, la création de l'Ecole dentaire et son habileté professionnelle lui valurent, avec la croix de la Légion d'honneur, la réputation et la fortune à un âge où d'autres cherchent encore leur voie.

Il s'attira surtout les sympathies de ses compatriotes de l'arrondissement de Puget-Théniers par la fondation de la Société amicale des Alpes-Maritimes, dont il est président. Il n'est bons offices que cette société n'ait rendus et ne rende encore aux enfants du pays.

Patriote ardent autant que républicain dévoué, il termina sa circulaire, non seulement par le cri de : Vive la République ! mais aussi par celui de : Vive la France !

Cette exclamation patriotique constitue aussi une opinion dans l'ancien comté de Nice.

Le docteur Théophile David siégera dans la région du centre, au milieu de ceux qui partagent ses idées sur la « République de gouvernement, la République large, ouverte, tolérante, mais puissamment armée ». C'est le texte même de sa profession de foi.

Il est probable aussi qu'il présentera certains projets relatifs à la législation médicale.

Il a promis d'être un de ces députés attentifs et dévoués avant tout à l'intérêt national et à l'intérêt de leurs commettants. Ses promesses ne sont pas celles d'un politicien, mais d'un homme de labeur et de devoir.

Dans cette énumération très flatteuse de ses nombreux travaux, le Dr Th. David a dû voir avec étonnement son apologiste lui attribuer la création de l'Ecole dentaire de Paris qui fut, comme chacun sait, due à l'initiative des membres du *Cercle des Dentistes* sur la proposition de M. Godon (décembre

1879), trois ans avant que le Dr Th. David fût appelé à lui apporter son précieux concours comme professeur d'abord (1882), comme directeur ensuite (1883-1889).

C. G.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

RÉSUMÉ DES PROCÈS-VERBAUX

Séance du 23 avril 1889.

Présidence de M. Lecaudey

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

Sont nommés démonstrateurs : MM. Roy, Martin, Willer, Denis et Levrier, qui acceptent.

M. Bernal, de Barcelone (Espagne), et Mme Cornuau sont admis membres de l'Association générale.

Après avis du Conseil d'État et sur la proposition de la Commission de revision des statuts de la Société, le Conseil vote à l'unanimité les modifications proposées qui doivent être présentées à l'approbation de la Société civile et décide que la réunion de l'assemblée générale aura lieu le mardi 30 avril.

Le cours de prothèse aura lieu désormais le lundi soir.

Un crédit est voté pour l'installation de la vitrine de l'école à l'Exposition.

La séance est levée à 10 heures 3/4.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET HOPITAL DENTAIRE DE PARIS

Assemblée générale extraordinaire. — Séance du mardi 30 avril 1889.

Présidence de M. Poinsot

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

M. Godon, secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la dernière séance qui est adopté.

M. Dubois, ayant exposé les raisons qui ont motivé les modifications aux statuts de la Société et donné lecture de ces modifications, l'assemblée les vote à l'unanimité.

La séance est levée à 10 heures 1/4.

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 18 juin.

Présidence de M. Poinsot

La séance est ouverte à 9 heures.

Le procès-verbal est adopté ainsi que celui de la dernière assemblée générale de la Société civile.

La demande d'un élève est rejetée, un élève ne pouvant être dispensé de certaines épreuves théoriques qu'autant qu'il pourra justifier avoir déjà subi un examen officiel sur une épreuve correspondante.

M. Godon annonce l'installation définitive de la vitrine de l'école à l'Exposition et présente le catalogue des objets exposés.

Le Conseil donne l'autorisation d'en faire un tirage spécial, puis

il entend la lecture de l'historique de l'école qui sera adjoint à ce catalogue.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

Séance du 17 juillet.

Présidence de M. Poinsot

La séance est ouverte à 9 heures.

Le procès-verbal est adopté.

M. le secrétaire général présente les félicitations du Conseil à M. Wiesner à l'occasion de sa nomination comme chevalier de la Légion d'honneur.

Le Conseil refuse la souscription d'un dentiste de province en considérant l'usage qu'il déclare vouloir en faire et rappelle aux intéressés que la souscription ne donne droit qu'au seul titre de *membre bienfaiteur de la Société civile de l'école dentaire de Paris*; il décide que toute infraction pourra être suivie d'une radiation.

Les conclusions du rapport de la commission des examens pour la dernière session sont acceptées.

Le prix de dissertation sera supprimée cette année.

L'étude de la brochure annuelle sera portée à l'ordre du jour de la prochaine séance.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire des séances : L. Bioux.

CORRESPONDANCE

Paris, 22 octobre 1889.

Monsieur Dubois,

Votre compte rendu contient, à propos de mon exposition, trois assertions que je vous demande la permission de qualifier : la première, de nettement hostile, la deuxième de simplement malveillante, et la troisième de sincèrement aimable.

L'assertion hostile est la suivante :

« Nous avons constaté que certains des modèles de M. Préterre n'étaient pas des moulages pris dans la bouche et sur la face, mais des plâtres sculptés par d'habiles praticiens. »

Il suffira de jeter un coup d'œil sur nos pièces pour voir combien sont fausses vos allégations. En effet, toutes les difformités et les pièces faites pour y remédier sont prises sur nature et appliquées, bien entendu, sur des têtes quelconques. Pour ne pas blesser les clients, je ne pouvais naturellement pas exposer la copie des véritables têtes. Quelques-unes de ces figures vivantes ont, du reste, été mises sous les yeux du jury.

L'assertion simplement malveillante est celle-ci :

« M. Préterre a replacé, à l'Exposition de 1889, les pièces et les modèles qu'il avait fait déjà figurer aux Expositions de 1867 et 1878. »

M. Dubois devrait savoir que le seul moyen que possède un exposant pour marquer des progrès accomplis, c'est de placer sous les yeux du visiteur, auprès des modèles nouveaux, quel-

ques-uns de ceux marquant l'état ancien de la science. Il était donc tout naturel qu'auprès de pièces récentes j'aie fait figurer des pièces de 1878, et même d'une époque antérieure.

L'assertion aimable est :

« M. Préterre est un de ceux qui ont fait le plus de restaurations palatines ; il a une grande expérience, etc. »

Cette dernière appréciation faisant oublier les autres, j'ai l'honneur de vous en remercier et vous prie d'agréer, Monsieur, mes salutations empressées.

A. Préterre.

Notre rôle est de n'être ni hostile, ni malveillant, ni même universellement aimable ; mais simplement d'être juste et éclairé. Nous nous efforçons pour qu'il en soit toujours ainsi.

Que notre distingué confrère veuille bien croire que l'*Odontologie* n'a pas parlé à la légère en disant « que certains des mo- « dèles de M. Préterre n'étaient pas des moulages pris dans la « bouche et sur la face, mais des plâtres scupltés par d'habiles « praticiens ». Nous ne l'avons fait qu'après avoir constaté, et beaucoup de dentistes avec nous — ils n'étaient pas du jury, — que non seulement les têtes étaient des têtes de fantaisie, mais que, encore, *certaines reproductions de la bouche* n'étaient pas des contre-moulages d'empreinte. Pour les têtes, notre correspondant en convient « les appareils sont appliqués, nous dit-il, sur des têtes quelconques » ; il l'a fait « pour ne pas blesser les clients ». Nous supposons que les scrupules du *rédacteur en chef de « l'Art dentaire »* ne s'étendent pas aux malades d'hôpital, qui doivent figurer au moins par quelques spécimens dans la vitrine élégante placée au Champ-de-Mars.

Si on s'explique, à la rigueur, que certains moulages de la face soient là pour la montre, on comprend moins que les tubercules de certaines dents soient représentées sur les modèles en plâtre par des traits en croix, comme les dentistes en faisaient jadis sur les appareils en hippopotame ; il y là une anomalie de forme que nous ne connaissons pas, et qui n'aurait pas dû échapper à l'auteur du beau livre sur les *Anomalies dentaires*, il aurait pu la présenter à l'Académie de médecine. P. D.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

PÉRIODIQUES. — TRAVAUX ORIGINAUX

Zahnärztliches Wochenblatt (juin 1889).

Muller. — Ueber das Verhalten des Zinkelectrode im Braunstein-Element. — La réaction de l'électrode de zinc dans l'élément au manganèse.

Reinecke. — Blutkœrperchenzahlungen beim Gesunden. — Compte des globules sanguins chez un sujet sain.

Charcot. — Ueber die Suggestiontherapie. — La suggestion comme thérapeutique.

Die Zaehne der Idioten. — Les dents des idiots.

Ueber eine neue Matrize. — Une nouvelle matrice.

(Juillet 1889)

Schimmelbusch. — Ein Fall von Noma. — Un cas de gangrène.

Schmitt. — Der Erfinder der Rotations methode. -- L'inventeur de la méthode rotative.

(Septembre 1889)

Zur Vereinigungsfrage. — La question des diplômes. (Septembre et octobre 1889).

Dr Julius Scheff junior. — Querbruch eines linken grossen Schneidezahnes und Befestigung des fracturirten Stückes am zurückgebliebenen Stumpf. — Fracture transversale d'une grosse incisive gauche et fixation du morceau brisé au chicot restant.

Rose. — Die Heilbarkeit der Pyämie. — La curabilité de la pyémie.

Herbst. — Herstellung und Anwendung einiger werthvoller Cocain Präparate. — Préparation et emploi de quelques composés de cocaïne.

Rouge. — Die Behandlung der Diphteritis mit Arac. — Traitement de la diphtérie par l'arac.

Cohn. — Einige Mittheilungen über Bromathyl. — Observations sur le bromure d'éthyl.

Weil. — Eine Besprechung des « Neuen antiseptischen Zahnpulvers » und der « Neuen antiseptischen Zahnpasta » von S. Brechtel et Ce in Nürnberg. — Examen de la « Nouvelle poudre dentifrice antiseptique » et de la « Nouvelle pâte dentifrice antiseptique » de S. Brechtel et Ce, de Nurenberg.

(Août 1889)

Cohn. — Die Eisbehandlung in der Mundhöhle. — L'emploi de la glace dans la cavité buccale.

Goltz. — Anweisung zur Herstellung von Modelplatten aus Metall, wie ich solche seinerzeit auf der Jahreswersammlung des Central-Vereins deutscher Zahnärzte in Hamburg am. 23 April d. j. gezeigt und empfohlen habe. — Préparation de modèles de métal que j'ai présentés et recommandés à l'assemblée annuelle de l'Association centrale des dentistes allemands, à Hambourg, le 23 avril 1889.

Müller. — Die Herstellung von Stiftzahnen und Kleinen Ersatzstücken aus chemisch reinem Zinn. — Préparation de dents à pivot et de pièces de prothèse en zinc chimiquement pur.

Eschricht. — Die Bromathylnarcose. — L'anesthésie au bromure d'éthyl.

Kirchofer. — Ueber Zahnverpflanzung von einem Individuum auf das andere. — Implantation de dents d'un individu sur un autre.

Ueber den Hypnotismus und seine Verwerthung in der Praxis. — L'hypnotisme et son emploi dans la pratique.

(Septembre 1889)

Meyer. — Ueber Bromathylnarcose. — L'anesthésie au bromure d'éthyl.

Frantzen. — Implantation von Logan-Zahnkronen mit Lithoidwurzeln. — Implantation de couronnes Logan avec racines en lithoïde.

Journal für Zahnheilkunde (1889. — N° 11 et 12).

Nieriker. — Ueber Replantation und Transplantation der Zähne. — Replantation et transplantation.

Telschow. — Auch ein Wort über Schlafgas-Narkosen. — Un mot sur les anesthésies au protoxyde d'azote.

Hernnheiser. — Cocainum muriaticum. — La cocaïne muriaticum.

Monatsschrift des Vereins deutscher Zahnkünstler (juin 1889).

Rupprecht. — Ueber die Funktionsstörungen welche aus der Entfernung des ganzen Oberkiefers entspringen sowie Hilfsmittel zur Bekampfung dieser Uebelstände. — Troubles fonctionnels résultant de l'enlèvement de toute la mâchoire et moyens de les combattre.

Dental Cosmos (août 1889.)

Bogue. — A study of the visible change that takes place during the development of human teeth and their alveoli. — Étude sur les changements visibles qui se produisent pendant le développement des dents humaines et de leurs alvéoles.

Starr. — Typical tooth forms. — Formes particulières de dents.

Petter. — The fonction of the dental Society. — La fonction de la Société dentaire.

(Septembre 1889.)

Ingersoll. — Primitive and modern living matter. — La substance vivante primitive et moderne.

Westlacke. — A case of giant cell-sarcoma. — Un cas de sarcoma géant des cellules.

Farrar. — Spur plates for regulating teeth. — Plaques régulatrices pour les dents.

(Octobre 1889).

Abbott. — Growth of enamel. — Croissance de l'émail.

Talbot. — Classification of typical irregularities of the maxillæ and teeth. — Classification des irrégularities typiques des maxillaires et des dents.

Dodge. — A case of irregularity and its treatment. — Un cas d'irrégularité et son traitement.

Dental review (Juillet 1889.

Calvin S. Case. — Soft rubber palates for congenital clefts. — Palais de caoutchouc mou pour fissures congénitales.

Nemo. — Gold. — L'or.

Kitchen. — A quarter century of operative dentistry. — Vingtcinq ans de dentisterie opératoire.

Patrick. — The first period in the history of dentistry. — La remière période dans l'histoire de la dentisterie.

Harlan. — Escharotics and coagulants. — Escharotiques et coagulants.

(Septembre 1889).

Rhein. — Chloride of methyl. — Le chlorure de méthyl.

Stearns. — The effects of civilization on the teeth. — Effets de la civilisation sur les dents.

Jones. — Electricity and its uses in dentistry. — L'électricité et son emploi en dentisterie.

International dental Journal (Juillet 1889).

Palmer. — Elements of success in dental practice. — Eléments de succès dans la pratique de la dentisterie.

Bogue. — Description of process for stamping plates by hydraulic press. — Procédé d'estampage des plaques à la presse hydraulique.

Paramore. — Sterilized sponge for capping pulp. — Eponge stérilisée pour le coiffage des pulpes.

Guilford. — Physiology of tooth-movement in regulating. — Physiologie du mouvement des dents dans le redressement.

(Septembre 1889.)

Andrews. — Pits and fissures of the enamel. — Cavités et fissures de l'émail.

Kirk. — The Bonwill method of packing gold foil. — La méthode de Bonwill pour l'obturation avec l'or en feuilles.

Dental Record (Août 1889).

Hopewell Smith. — On dentogeny. — La dentogénie.

(Septembre 1889.)

Gabriel. — A method of combining amalgam and gold in filling operations, applicable in cases where the use of a matrix is not admissible. — Combinaison d'amalgame et d'or pour les obturations dans les cas où l'emploi de la matrice n'est pas possible.

NOUVELLES

La séance d'inauguration des cours de l'Ecole Dentaire de Paris, aura lieu le samedi 9 novembre, à 8 heures et demie du soir, au siège de l'Ecole, rue Rochechouart, 57.

Les dentistes qui n'auraient pas reçu de cartes d'invitation sont priés de les réclamer au secrétariat de l'Ecole.

La réouverture des cours aura lieu le lundi 11 novembre.

Il vient de se fonder une nouvelle école dentaire à Chicago. L'enseignement y sera donné en allemand et non en anglais.

UN DOCUMENT HISTORIQUE

Le bibliothécaire de la Société odontologique de la Grande-Bretagne a reçu de MM Ash l'exemplaire du brevet que Georges III accorda à Dubois de Chémaut, pour la fabrication exclusive des dents minérales.

Nos lecteurs savent que Dubois de Chémant était un Français réfugié à Londres à la suite de la Révolution.

VOL. 9. Paris, Novembre 1889 N° 11.

L'ODONTOLOGIE

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

DIXIÈME SÉANCE ANNUELLE DE RÉOUVERTURE DES COURS

La dixième séance annuelle de réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris a été l'occasion d'un nouveau succès pour notre institution.

Un des plus éminents membres du Parlement français, M. Henri Brisson, député de Paris, ancien président de la Chambre, ancien président du Conseil des ministres, assisté de M. Strauss, membre du Conseil municipal de Paris, présidait cette cérémonie, qui avait lieu sous la présidence d'honneur des ministres de l'Instruction publique, du Commerce et de l'Intérieur.

L'hôtel de la rue Rochechouart était brillamment illuminé pour la circonstance; une profusion de fleurs et de plantes, envoyées comme les années précédentes par la Ville de Paris, y étaient disposées avec le meilleur goût. La grande salle des opérations où avait lieu la séance était très heureusement décorée.

Parmi les nombreuses notabilités politiques, scientifiques et professionnelles qui avaient répondu à l'appel du Conseil de direction, on remarquait des médecins et des chirurgiens bien connus, des députés et des journalistes.

Le président ouvre la séance à 9 heures et donne lecture des lettres d'excuses parmi lesquelles nous citerons celles de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine; de MM. Floquet, Lockroy, Mesureur, Ricard, etc., puis il donne la parole à M. E. Lecaudey.

Le directeur de l'Ecole, dans une heureuse allocution, remercie M. Brisson et M. Strauss d'être venus apporter leur concours et leur précieux patronage à notre œuvre et, rappelant les résultats obtenus par les efforts des dentistes français que le succès du Congrès dentaire international de Paris à consacrés,

il se félicite d'avoir accepté de reprendre cette année la direction de l'Ecole.

M. Poinsot, comme président de l'Association générale des dentistes de France, montre le développement progressif de notre groupement professionnel, l'influence qu'il a exercée sur le relèvement de l'art dentaire en France depuis dix ans.

Il rappelle les sociétés fondées, les services rendus à la profession et constate que tous ces efforts attirent la bienveillante attention des pouvoirs publics.

Un des plus dévoués parmi les membres du Corps enseignant de l'Ecole, M. P. Dubois, président de la Société d'Odontologie, fait alors une très intéressante conférence sur l'enseignement de l'art dentaire. Passant en revue les différentes écoles d'Amérique et d'Angleterre, il étudie leur constitution, leur programme et les compare avec ceux de l'Ecole dentaire de Paris.

Constatant l'abaissement des études dans certaines écoles des Etats-Unis, il montre combien la direction des écoles est meilleure lorsqu'elle est confiée aux sociétés professionnelles comme en France, et non à des particuliers comme en Amérique, ou à l'Etat comme à Berlin ou à Genève.

Cette excellente conférence a vivement intéressé tous les assistants et particulièrement le président, M. Brisson, qui félicita chaudement l'orateur.

M. Ch. Godon, secrétaire général et directeur adjoint, donne lecture du rapport annuel.

Il passe en revue les principaux faits de l'année ; la participation de l'Ecole et de ses professeurs à l'Exposition universelle, au Congrès dentaire international.

Il rend compte de l'état des études, des améliorations apportées au programme et félicite les divers collaborateurs de l'œuvre.

M. Brisson prend alors la parole. Dans un discours des plus éloquents, il dit pourquoi il est venu, lui aussi, apporter son concours à l'Ecole, non seulement pour l'institution, mais aussi pour son directeur, M. E. Lecaudey, auquel il adresse un public témoignage de son estime et de sa sympathie. Toute l'assemblée montre par ses applaudissements répétés combien ce sentiment est unanimement partagé par ses pairs. Puis, examinant notre institution, il dit que le concours des hommes politiques est

acquis à toutes les œuvres si intéressantes d'initiative privée qui viennent augmenter le grands fonds social créé au bénéfice de tous.

M. Strauss, dans une spirituelle improvisation, adresse ses félicitations aux fondateurs de l'Ecole dont il apprécie les services non seulement au point de vue de l'enseignement, mais encore plus à celui de l'assistance publique. Il constate la constitution démocratique de l'institution et les idées libérales qui y règnent.

Le secrétaire général donne lecture du Palmarès contenant la liste des élèves qui ont subi avec succès les examens aux sessions de juillet et d'octobre ainsi que les nouveaux diplômés auxquels est remis le diplôme donné par l'Ecole.

Il est ensuite procédé à la distribution des prix aux lauréats de l'année. Ils sont très favorisés grâce à la générosité des Ministres du Commerce, de l'Instruction publique, du Préfet de la Seine, du Conseil général, de la Mairie du IXe arrondissement, et des fournisseurs MM. Ash, Cornelsen, Victor Simon, etc.

Avant de lever la séance, M. E. Lecaudey, remet, au nom de l'Ecole, à M. Brisson et à M. Strauss une médaille commémorative pour les remercier de leur précieux concours.

Pendant toute la soirée, innovation très appréciée, un excellent orchestre, sous l'habile direction dc M. Chaudoir, a, entre les divers discours, exécuté, à la satisfaction des assistants, des morceaux les plus heureusement choisis.

Un punch offert par le Conseil de direction à ses hôtes a clos cette excellente soirée qui a acquis à l'institution de nouveaux et précieux défenseurs et comptera parmi les meilleures.

Le lendemain la plupart des journaux scientifiques et politiques rendaient compte en termes bienveillants de la réunion. — Nous leur adressons, au nom de l'administration de l'Ecole, nos plus sincères remerciements. Nous citerons : Le *Progres médical*, le *Bulletin médical*, le *Petit Journal*, la *République Francaise*, le *Siècle*, le *Paris*, le *XIXe Siècle*, le *Figaro*, etc.

Nous ne devons pas oublier non plus les collaborateurs qui ont assuré le succès de cette cérémonie et particulièrement les membres de la commission MM. Papot, Prevel, Bioux, les démonstrateurs de l'Ecole qui ont rempli les fonctions de commissaires.

Ch. Godon.

DISCOURS DE M. BRISSON, DÉPUTÉ DE PARIS

« Mesdames, Messieurs,

« Avant de procéder à la distribution des récompenses si légitimement attendues, je tiens à remercier le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de l'honneur qu'il m'a fait en me confiant cette présidence ; tous mes remerciements aussi aux précédents orateurs pour les paroles trop flatteuses qu'ils ont bien voulu m'adresser.

« Tous ceux qui m'ont précédé à ce fauteuil de puis neuf ans, étant étrangers à votre art, Messieurs, ont cru devoir expliquer pourquoi ils avaient accepté la présidence ; on s'en aperçoit en parcourant vos annales, si courtes et pourtant si bien remplies. Je suivrai cet usage, dont auraient pu se dispenser certains de mes prédécesseurs ; ils occupaient, en effet, le sommet de la science et l'on peut dire qu'à de telles hauteurs rien ne vous est étranger.

« Pour moi, je pourrais expliquer ma présence ici par ma sympathie générale pour les œuvres d'enseignement. J'aime mieux vous dire tout de suite que ma vraie raison est tout entière dans les sentiments affectueux que je professe depuis longtemps pour votre excellent directeur, M. Lecaudey (Approbation) ; j'ai pu pénétrer assez sa vie pour savoir qu'il était aussi bon citoyen que praticien expérimenté (Applaudissements) ; enfin, il est de ceux qui pensent que, même ennoblie par le travail, la vie ne trouve sa justification complète que si nous laissons après nous quelque œuvre d'utilité générale (Nouveaux applaudissements).

« Vous en êtes tous là, d'ailleurs, vous, Messieurs, fondateurs et professeurs de cette Ecole. Vous pratiquez ce que j'appelais un jour la générosité et la solidarité du travail. Dans le travail de tout homme qui a le sentiment de la vie collective, il y a deux parts : celle qu'il garde pour lui, qui l'aide à vaincre les difficultés de la vie, qui lui permet de se constituer une épargne personnelle, — et celle qu'il donne à ses semblables, qui constitue l'épargne générale dont l'accroissement continu compose en quelque manière le trésor du genre humain. Et quelle année fut plus propice que celle de l'Exposition universelle de 1889 pour jeter un regard sur cette accumulation sans cesse croissante des richesses matérielles, morales, intellectuelles,

que les générations se lèguent les unes aux autres ! Quelle forme à la fois superbe et gracieuse a revêtue sur les deux rives de la Seine cette gigantesque revue du patrimoine commun de la civilisation !...

« Mais le sujet nous entraînerait trop loin. Aussi bien, vous avez figuré avec honneur dans cette exposition. Vous méritiez d'y figurer ainsi, à votre double titre d'association philanthropique et d'œuvre d'enseignement, car vous avez ce double caractère. Celui par lequel vous vous rattachez le plus, à mon avis, au mouvement contemporain, c'est la place, et la place distinguée, que vous prenez dans cet essor de l'enseignement technique qui a pour objet d'enlever les travailleurs de tous ordres à la routine et à l'éparpillement des métiers pour les initier aux règles supérieurs des professions et des arts.

« Vous savez combien la République, consciente de la solidarité du labeur humain, encourage et pousse toutes ces œuvres. Aussi faites-vous bien d'appeler sur la vôtre l'attention des hommes politiques; ils n'y resteront pas indifférents, croyez-le bien. Sans doute, le gouvernement républicain n'a pas encore fait beaucoup pour vous; du reste, vous ne lui demandiez que la liberté, qu'il vous a donnée; pourtant, je m'aperçois que les distictions honorifiques sont venues trouver plusieurs d'entre vous. Le Conseil Municipal de Paris, si dignement représenté à nos côtés, toujours en quête du bien à faire, vous a donné une preuve de son intérêt. Ce sont là des résultats. M. Godon rappelait, il y a un instant, ceux que vous avez obtenus par vous-mêmes et qui s'étendent chaque année. Une école qui compte autant d'élèves studieux, qui a déjà produit tant de praticiens, une clinique qui soigne gratuitement 25.000 personnes par an, méritent la sympathie et l'attention de tous. Si nous essayons de combattre, en nous trompant bien des fois, les fatalités de l'inégalité et de l'injustice, vous, vous tenez votre rang dans la phalange de ceux qui combattent avec succès les fatalités de la douleur. » (Applaudissements prolongés).

ALLOCUTION DE M. STRAUSS
CONSEILLER MUNICIPAL

Mesdames, messieurs,

Rassurez-vous. Je sais trop ce que je dois à votre patience pour en abuser. J'ai simplement le devoir, comme président de

la commission d'Assistance, de vous dire pourquoi votre œuvre a trouvé parmi nous des sympathies. D'abord vous représentez une des plus grandes idées modernes : l'initiative privée. Vous avez fondé une école, une Société, un hôpital. Vous êtes dignes de notre sollicitude, non seulement parce que vous relevez la science dentaire qui avait toujours été rabaissée, mais encore parce que vous rendez d'inappréciables services. On a vaincu à votre égard le même préjugé que celui qui a vécu si longtemps pendant le moyen âge : le corps était considéré comme une guenille dont il ne fallait pas s'occuper. Mais dans ce corps il était des parties aristocratiques et des parties démocratiques. Vous avez montré que toutes réclamaient également votre attention et vos soins. Votre but, le poète l'avait indiqué ou à peu près quand il écrivait que votre art consiste

A réparer des dents le réparable outrage

nous tous — je ne parle que des hommes car les dames, je l'espère, sont moins que nous vos tributaires, — nous vous debeaucoup de vons reconnaissance.

Le Conseil municipal a voté la création de services dentaires dans les hôpitaux et les bureaux de bienfaisance ; je sais que ce vote n'a pas été entièrement exécuté, mais je n'épargnerai rien, comme rapporteur du budget de l'Assistance, pour qu'il soit donné suite à cette décision. Mais il en faudrait aussi dans les écoles !

Tout à l'heure le conférencier disait qu'on était ici comme dans un couvent. Je crois qu'il s'est trompé ; c'est plutôt dans une république ouverte, imprégnée des idées modernes et je m'efforcerai, dans la mesure de mes forces, de le témoigner à mes collègues. (Applaudissements.)

ALLOCUTION DE M. LECAUDEY, DIRECTEUR DE L'ÉCOLE

Mesdames et Messieurs,

Nous avons aujourd'hui la bonne fortune d'ouvrir notre dixième année scolaire sous le patronage d'un des plus illustres représentants de notre pays. Comme quelques membres du Parlement, il connaît et apprécie nos efforts et sait quel but élevé nous poursuivons. C'est pour cette Ecole, c'est pour tous les dentistes français un fait considérable de voir que l'un de ceux qui furent à la tête de la représentation nationale et du gouvernement de la République vient nous prouver par sa

présence l'estime qu'il a pour notre œuvre, les encouragements qu'elle mérite. (Applaudissements).

Qu'il me permette de le remercier au nom de tous.

Je dois aussi remercier M. Strauss, notre conseiller municipal, d'avoir bien voulu se rendre à notre invitation et honorer cette réunion de sa présence.

J'ai donc l'honneur une fois de plus de vous accueillir dans notre maison professionnelle, pour saluer une nouvelle promotion de jeunes confrères.

Ce n'est jamais sans émotion et sans retour vers le passé que j'assiste à cette fête annuelle, et je ne peux me défendre d'un sentiment de fierté en voyant la somme de savoir, d'expérience technique et scientifique, dont nous sommes arrivés à doter ceux qui nous suivent dans cette carrière.

Comment ma pensée pourrait-elle échapper à la comparaison de ce qu'était notre profession à mes débuts avec ce qu'elle est aujourd'hui que ma vie professionnelle s'achève ? Il fallait vraiment un sentiment bien vif de dignité, de probité dans notre art pour s'astreindre, comme les meilleurs praticiens de ma génération, à des études longues et difficiles pour pouvoir accomplir la tâche d'hygiéniste et de chirurgien qui nous est dévolue !

Si jamais j'ai été fier du mouvement auquel vous m'avez associé et que j'aurais voulu servir avec toute l'activité, le bonheur et le dévouement de mes jeunes collègues, c'est en cette mémorable année 1889.

Oui ! Sous les yeux des meilleurs dentistes de tous les pays, les Bonwill de Philadelphie, les Harlan de Chicago, les Cunningham de Cambridge, des dentistes d'Autriche, de Suisse, de Belgique, de Suède, de Norvège, d'Italie et d'Espagne, à côté de ceux qui ont été vos professeurs, MM. Levett, Poinsot à notre Ecole, M. Michaëls à celle de la rue de l'Abbaye, les démonstrations faites dans cette salle ont montré l'habileté opératoire, le savoir des dentistes français, anciens élèves devenus aujourd'hui professeurs de l'Ecole Dentaire de Paris, comme MM. Chauvin, Heidé, Ronnet.

Comment n'aurais-je pas éprouvé un sentiment d'orgueil en constatant la part importante que prenaient nos diplômés et notre corps enseignant tout entier au premier Congrès dentaire international tenu à Paris, la part qu'y prenaient non seulement

les dentistes, mais encore les médecins qui nous ont aidé à constituer cet enseignement, comme MM. les D[rs] Aubeau, Thomas, Marié !

Toutes les questions de pratique à l'ordre du jour, comme l'anesthésie locale, le traitement de la carie compliquée, la greffe dentaire, les derniers procédés d'obturation, y ont tour à tour été traitées, avec une abondance, une sûreté d'informations qui frappèrent les étrangers.

La constitution même de l'enseignement de notre art, de ses programmes, a été examinée et discutée avec compétence par un des nôtres.

Les plus hautes questions se rattachant à la science odontologique, le lien des maladies avec la pathologie générale, avec les sources de la vie elle-même y étaient abordés par nos collègues, MM. Poinsot et Dubois.

Quand on voit de tels résultats, quand on constate de telles préoccupations, on peut être confiant en l'avenir : il est plein de promesses et le succès du Congrès dentaire de Paris prouve ce que peut faire l'Union.

Nous avons bien fait, l'Ecole dentaire de France et nous, d'associer nos efforts, nos bonnes volontés, pour montrer la rénovation de l'art dentaire français.

C'est à vous maintenant, nos nouveaux diplômés, en voyant ce que dix années d'efforts de vos aînés ont pu produire, à profiter, lorsque vous commencez votre carrière, de l'exemple qu'ils vous ont donné, afin de contribuer à votre tour aux progrès de notre art.

Si nous n'avions pas été privés du concours dévoué de notre éminent confrère, M. le D[r] David, obligé par les devoirs politiques qui lui incombent désormais d'abandonner nos travaux, je me féliciterais d'avoir accepté une seconde fois la direction des affaires de notre chère Ecole, direction que vous avez bien voulu me confier au début de l'année.

Je n'aurais pas continué à en porter le fardeau, si vous n'aviez placé à côté de moi le collaborateur le plus actif, le plus dévoué de notre œuvre, mon ami Charles Godon. C'est à lui, c'est aux membres du conseil de direction qu'incombe le plus lourd de la tâche !

Aussi, qu'ils me permettent, en reportant sur eux l'honneur des succès actuels, de les remercier et de les louer hautement

pour cette union de leurs efforts en vue de la réussite de notre idée et de leur persévérance à la faire accepter de tous.

Enfin, je ne veux pas terminer sans féliciter nos professeurs du zèle avec lequel ils se sont dévoués à l'enseignement de notre art. (Applaudissements).

DISCOURS DE M. POINSOT

Président de l'Association générale des Dentistes de France.

Mesdames, Messieurs,

Nous saluons aujourd'hui la dixième année d'existence de l'Association générale des Dentistes de France, qui a succédé au Cercle des Dentistes. Son président, notre honoré collègue, M. Lecaudey, directeur de l'École dentaire de Paris, fut obligé, par une question de santé, d'abandonner son fauteuil. Mais, nous sommes heureux de le reconnaître, même aux jours où il était le plus souffrant, il ne se désintéressa jamais de l'Association.

En succédant à notre estimé confrère, il nous a suffi de suivre son exemple pour continuer l'œuvre et assurer ainsi le succès commencé.

Avec notre devise : « Union et Progrès », depuis dix ans nous avons parcouru bien du chemin ; nous avons beaucoup travaillé au relèvement de notre profession, et nous avons la douce confiance que, à côté de critiques méritées, vous trouverez une place pour de francs et cordiaux encouragements.

En jetant un regard sur le passé, nous voyons le dentiste isolé, évitant le contact de ses confrères, auxquels il faisait peur, du reste, et dont l'intrusion dans leurs travaux paraissait constituer un certain danger.

Chacun craignait, et aussi croyait ou feignait de croire qu'il était un phénix.

Avec ce témoignage de haute estime de soi-même, un sentiment tout opposé : personne n'osait affronter la critique de ses confrères, de peur d'attaques trop vives.

Cet état de choses, qui, hélas ! a trop duré, subsisterait encore, si des dentistes français n'avaient pris l'initiative de réunions confraternelles sur le terrain scientifique.

Cependant, il ne faudrait pas conclure qu'avant nous d'autres tentatives n'avaient pas été faites, car ce serait faire injure à l'histoire de notre profession. Voici, du reste, un résumé fidèle des tentatives de nos devanciers par un des membres influents de ces éphémères assemblées :

« Nos réunions avaient une moyenne de trois séances : la première servait à notre constitution, la seconde nous divisait et la troisième nous dissolvait. »

C'était peu encourageant, aussi comprend-on sans peine le petit nombre de ces tentatives et les intervalles qui les séparaient. Or, que se passait-il pendant ce temps employé, soit en tentatives vaines, soit en inaction coupable ?

L'art dentaire français ne progressait pas d'une manière suffisante pour satisfaire aux progrès de la science et de l'humanité.

Sans conteste, cet art a toujours été dignement représenté dans notre pays ; nous avons même la gloire, entre autres exportations, de pouvoir citer celle de notre art en Amérique.

Mais ce qui nous manquait, c'était l'homogénité de toutes les connaissances professionnelles, et à côté de brillantes qualités combien de regrettables lacunes !

C'est par un ensemble d'études bien entendu, donné par des écoles spéciales, que l'Amérique et l'Angleterre offraient au monde entier des praticiens sinon extraordinaires, du moins honorablement appréciés.

C'est à ce moment-là que l'Association générale des dentistes de France fit enfin une tentative heureuse.

Par un groupement de plus de trois cents confrères, nous avons pu créer la première école dentaire en France.

A la clinique de son hôpital l'indigent reçoit gratuitement les secours de notre art dans les conditions que nous offrons dans nos cabinets aux plus fortunés de nos patients.

Notre œuvre, créée par l'initiative privée, possède un budget de quarante mille francs environ, et, jusqu'à ce jour, elle n'a reçu aucune subvention, si ce n'est de la Ville de Paris qui a bien voulu, malgré ses charges, nous allouer un modeste mais bien précieux encouragement. Nous prions le Conseil municipal d'agréer ici, par l'organe de son représentant, l'expression de notre reconnaissance. (Applaudissements).

Grâce à notre organisation et aux ressources dont nous disposons, nous donnons des soins gratuits à près de vingt-cinq mille malades par an, sans compter les hôpitaux qui ont parfois recours à nous, et les hospices qui largement nous ont ouvert leurs portes. Les bureaux de bienfaisance, plusieurs écoles de la Ville de Paris, des orphelinats, des maisons charitables, des écoles de la banlieue n'ont pas sollicité en vain notre intervention.

C'est dans l'accomplissement de ces devoirs nombreux, joyeusement acceptés, que l'élève se forme pour devenir un dentiste accompli, que le praticien, vient, lui aussi, se perfectionner et achever son instruction professionnelle, où enfin chacun de nous sait garder et augmenter son bagage scientifique par un travail permanent des plus profitables.

L'Association générale des dentistes de France ne comprend pas seulement une école et un hôpital dentaire. Elle a donné naissance à la Société d'Odontologie de Paris où mensuellement sont traitées toutes les questions relatives à notre art.

La Société d'Odontologie de Paris n'a rien à envier aux Sociétés similaires étrangères ; ses ordres du jour sont toujours abondamment chargés de communications intéressantes. Une remarque, en passant, qui fait honneur à notre esprit pratique : il n'y a pas d'exemple à notre connaissance qu'un de nos collègues garde pour lui ce qu'il croit avoir inventé ou même seulement perfectionné ; il soumet le résumé de ses travaux à l'assemblée où jamais la critique ne dépasse les bornes de la meilleure confraternité. Bien plus, ce qui augmente notre succès, c'est d'engendre, sans fausse honte, l'aveu des insuccès, des fautes commises aussi bien que les plus brillantes opérations. Cela prouve surabondamment que nos membres sont animés du désir de s'instruire et de rendre ainsi notre art de plus en plus respectable.

Notre art est grand et digne de satisfaire les exigences des plus difficiles ; ce n'est pas trop d'une longue existence pour l'étude et l'exercice d'une telle profession et nos travaux tendent à prouver que nous pouvons nous considérer comme des sentinelles de la santé publique.

Les temps ont bien changé où l'art dentaire était dédaigné par tous, même par ceux qui aujourd'hui le revendiquent comme faisant partie de leur monopole.

C'était au moment où notre art était exercé par les parias de l'humanité qu'il fallait relever notre drapeau, et il y avait alors bien du mérite à le faire, tandis qu'à présent la spécialité existe et elle appartient à ceux qui l'ont créée, qui l'ont faite grande, forte et respectable. Notre association saura la défendre contre tout envahissement. (Applaudissements).

Un groupe de praticiens a pensé qu'il convenait de réglementer l'exercice de notre art, mais les diverses réglementations proposées jusqu'à ce jour n'ont pas été reconnues praticables.

Devons-nous regretter la liberté d'exercice de notre profession ? Nous ne le pensons pas, puisque c'est elle qui nous a ouvert la porte par laquelle nous sommes tous entrés, puisque sans elle nous n'aurions pas pu réaliser les progrès que nous vous signalons.

Nous croyons fermement que pour ne pas enrayer le progrès qui marche à pas de géant, il serait bon que l'Etat voulant créer un diplôme spécial de dentiste avec ou sans diplôme de docteur en médecine, de docteur en chirurgie, de docteur ès sciences, d'officier de santé ou de brevet d'ingénieur, permît le libre exercice concurremment avec le dentiste diplômé.

Plusieurs de nos collègues qui ont hésité à nous suivre au début de notre entreprise se sont enfin joints à nous.

D'autres parmi ceux qui nous critiquèrent le plus nous ont imités et ont, plusieurs années après, créé la seconde école dentaire française ; cette création ne s'est pas produite sans luttes,

aussi vives que regrettables, divisant nos forces, creusant une séparation dont se réjouirent fort ceux qui, étrangers aux succès de notre science odontologique francaise, avaient intérêt à nous diviser.

Néanmoins, le progrès s'affirma d'une manière satisfaisante et nous nous demandons ce qu'il serait advenu si nos efforts avaient été réunis.

Parmi les résultats obtenus nous indiquons le concours que avons apporté à l'art de guérir par des travaux enrichissant la la séméiologie médicale.

Nous rappellerons également que les dentistes usaient des antiseptiques avant que leur usage se généralisât.

Nous signalerons aussi l'étude des anesthésiques locaux diminuant toujours et supprimant souvent la douleur qui accompagne nos plus douloureuses opérations, et cela sans danger pour nos malades.

Enfin, en plusieurs circonstances des dentistes ont fait partie de consultations médicales importantes, sur la demande des médecins consultants et aussi à la prière des familles.

Par notre concours scientifique et moral, nous nous sommes toujours montrés les auxiliaires loyaux des médecins, aussi le plus grand nombre d'entre eux, devant ces preuves sans cesse renouvelées, ne nous marchandent-ils plus les témoignages de confiance. Le public n'est pas non plus sans nous donner de grandes et vives satisfactions, et si parfois nous essuyons quelque échec, cela est dû en partie à ce que certaines préventions du passé, qui subsistent encore à l'état de souvenirs, viennent ébranler la confiance que nous désirons, dont nous avons besoin et à laquelle nous avons droit.

Nos efforts doivent tendre à effacer tout souvenir désobligeant, c'est pourquoi vous nous trouverez toujours disposés à protester chaque fois qu'une critique, quelle qu'elle soit, viendra s'élever contre notre corporation.

Le public français aime l'esprit, n'importe d'où qu'il vienne ; cependant on a pu constater le dommage fait à l'art médical et à l'art dentaire par nos meilleurs auteurs littéraires, et de la critique comme de la calomnie il reste toujours quelque chose du reste. Ces critiques auront dans l'avenir moins de possibilité à se reproduire, grâce aux fruits de notre Association ; nous serons moins attaquables parce que nous serons plus forts. A ce propos je vous rappellerai les paroles très sages d'un de nos honorés présidents, qui en toutes circonstances n'a jamais manqué une occasion de nous marquer sa bienveillance : « Messieurs, nous disait-il, je vous approuve et vous félicite de vous être formés en Association pour plusieurs raisons, à commencer par celle-ci : jamais, dans les moments les moins brillants de l'exercice d'une profession, un membre

d'une assiocation ne se permettra d'exécuter ce qu'il aurait peut-être fait s'il avait été isolé. »

En un mot, par la déontologie dentaire, telle que la comprend notre groupement, nous offrons au public des garanties sérieuses.

Nous avons cru devoir nous présenter à l'Exposition universelle. Par notre situation particulière, nous plaçant hors concours, nous n'entrions en concurrence avec personne, Nous avons voulu simplement affirmer notre vitalité et montrer les résultats obtenus par les efforts de notre Ecole dentaire.

La première exposition d'une Ecole dentaire française a obtenu les suffrages du public et a servi à poser des jalons pour les progrès à réaliser et à présenter à notre prochaine Exposition universelle.

Si nous sommes satisfaits des résultats de la classe 14, à l'Exposition, les expressions nous manquent pour vous dire combien notre Congrès international a été réussi.

En commençant, nous indiquions que si l'état malheureux de notre profession dans le passé avait eu pour cause l'isolement de nos devanciers, nous devions, d'autre part, nos succès à la meilleure interprétation de notre devise : *Union et Progrès*, et nous avons regretté notre division lors de la création de la seconde école dentaire !

Obéissant à ce grand sentiment de concorde, sans lequel tous les succès ne sont que relatifs, nous avons groupé les Sociétés rivales, réunissant les forces communes pour donner naissance au premier Congrès international dentaire de France.

Après une année de préparation, de travail collectif, le Gouvernement, touché de nos efforts de tous ordres, nous revêtit d'un caractère officiel. Nous insistons sur ce point : c'est le premier grand acte du Gouvernement français en faveur de notre spécialité ; c'est une reconnaissance légale qu'il est bon de souligner.

Je vous prie donc de bien vouloir vous joindre à nous pour adresser nos sincères remerciements au Gouvernement de la République en la personne de M. le ministre du Commerce, président des congrès officiels. (Applaudissements).

Notre congrès international a dépassé de beaucoup nos espérances : nous étions 400 congressistes, dont 200 étrangers venus de tous les points du globe.

Une fois de plus nous avons constaté que les divisions et les préventions de dentiste à dentiste n'avaient pas lieu d'exister, que le travail est un feu qui purifie, qui détruit tout mauvais esprit : c'est ce qui ressort de l'ensemble des travaux qui nous ont été présentés et des excellentes relations qui n'ont cessé d'unir tous les congressistes entre eux.

Après ces réunions confraternelles, nous sommes convaincus

que la pensée de chacun était qu'il serait encore meilleur de vivre si les gouvernements faisaient de même.

Au point de vue pratique, ce congrès est appelé par la quantité et la qualité des travaux réalisés, par ceux qui en découleront, par les discussions qui se sont produites, à donner des résultats prodigieux dans l'avenir.

Cet exposé sommaire suffit à vous indiquer ce que nous avons fait. Mais nous voulons continuer l'œuvre commencée, et nous avons la ferme conviction que si chacun de nous veut bien travailler dans l'intérêt général, il travaillera dans son propre intérêt, et de cette façon nous obtiendrons tout ce que nous désirons : l'appui du gouvernement, la reconnaissance d'utilité publique, la considération des sociétés professionnelles et savantes, enfin l'estime de nous-mêmes, c'est-à-dire, en un mot, l'élévation légitime de notre spécialité. Tout cela contribuera à étendre notre domaine dans l'ordre scientifique et philanthropique, et lorsqu'on parlera de nous, nul ne sera surpris d'entendre dire : l'Association générale des dentistes de France a bien mérité de la patrie, de la science et de l'humanité. (Applaudissements).

L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

CONFÉRENCE par M. PAUL DUBOIS.

Les années se succèdent, et d'anciens élèves de cette école se voient appelés à l'honneur redoutable de vous entretenir quelques instants d'un sujet d'intérêt prefessionnel.

L'enseignement de l'art dentaire a été traité bien souvent devant vous. Permettez-moi pourtant d'en parler à nouveau, même après le beau livre de notre cher directeur, après les conférences de mes collègues et amis, le Dr Aubeau et Georges Blocman, et quoiqu'il fasse le fond des substantiels rapports annuels de mon ami Godon. J'ai pour excuse qu'il n'est pas de sujet plus vaste, plus digne d'être envisagé sous toutes ses faces afin d'en rechercher les conséquences actuelles et futures. Je n'ai pas à retracer ici quelles étaient en France les conditions d'études de notre art avant la création de cette école. Vous savez comment l'apprentissage répondait mal aux besoins, surtout en ce qui concerne la dentisterie opératoire et les connaissances scientifiques que tout dentiste doit posséder. Il serait superflu

de critiquer ce système, puisqu'il est tombé devant la démonstration victorieuse des faits.

Je ne connais pas l'avenir, mais il me semble que nous avons transplanté et fait germer en France un mode d'éducation de notre profession qu'on ne pourra désormais supprimer.

Avant d'aborder cette étude en France, je voudrais examiner sommairement comment le problème a été compris à l'étranger.

C'est l'impérissable honneur des dentistes des États-Unis d'avoir organisé la première école dentaire que le monde ait connue, et les quelques hommes qui créèrent le collège de Baltimore en 1839, Hayden, Chapin, A. Harris, Bond et Baxley, méritent que leurs noms restent dans les annales professionnelles.

J'ai déjà essayé de mettre en relief les conditions de l'enseignement de l'art dentaire aux Etats-Unis (1) et je n'y reviendrai que pour en retracer en quelques mots les traits essentiels.

Dans ce pays les écoles dentaires sont les entreprises de quelques individualités, sans surveillance des pouvoirs publics, sans contrôle de la corporation. Le caractère individualiste du citoyen du nouveau monde se retrouve là tout entier et il est évident que si les fondateurs de l'école de Baltimore avaient attendu l'initiative gouvernementale, ou même une entente entre confrères, l'Amérique n'aurait pas eu une école dentaire vingt ans avant l'Angleterre, 40 ans avant la France.

Si l'on songe à ce que pouvait être Baltimore en 1840 — l'équivalent d'une de nos préfectures — si l'on se représente quelle pouvait être l'exiguïté des ressources de Harris et de ses collaborateurs, on ne peut qu'admirer leur hardiesse agissante.

Comme à ses débuts, l'école américaine est toujours dans la main de quelques-uns, et il semble qu'à la longue le système comporte quelques inconvénients graves. Aux écoles fondées dans un but élevé ont succédé, sur quelques points du territoire, des écoles interlopes où les professeurs n'ont parfois pour but que d'échanger le titre de docteur, un peu commun en Amérique, pour celui plus rare de professeur; où l'espoir du lucre direct et indirect est la raison d'être de la fondation d'une école. On sait que certaines d'entre elles ont fait la fortune de leurs fondateurs. On en est arrivé à ce résultat que

(1) Paul Dubois. *L'Art Dentaire aux Etats-Unis,* Paris 1888.

Philadelphie, que Chicago, ont chacune trois écoles dentaires et que, comme cela a lieu en pareil cas, la concurrence ne s'est pas faite en élevant le niveau des études, en cherchant à faire de meilleurs élèves, mais en rendant de plus en plus faciles les conditions d'entrée et les examens de sortie.

Il y a quelques années encore la plupart des écoles ne demandaient qu'une scolarité de cinq mois. Certaines avaient des examens dérisoires et l'une d'elles délivrait surtout des diplômes *in absentia*.

J'ai déjà cité ce que disait à cet égard un dentiste américain des plus distingués, M. Kirk. Permettez-moi de le redire devant cette assemblée : « Les diplômés du Collège de dentisterie de Louisville qui se sont présentés devant les examinateurs de l'Indiana n'ont pas pu nommer un seul livre d'études servant dans ce collège. Il ne fut pas possible d'établir que les candidats eussent jamais suivi aucun cours régulier. Les étudiants inscrits en mars étaient diplômés en juin de la même année. Un de ceux-ci montrait qu'il n'avait aucune connaissance en art dentaire. Le collège du Tennessee a plusieurs fois diplômé des étudiants après une seule session d'études (1) ».

On cherche actuellement à réagir contre ces abus et les écoles honorables ont formé une association exigeant de leurs participants un minimum de scolarité. L'Association des facultés américaines a voté cette année qu'à partir de l'année scolaire 1891-92 la scolarité complète se composerait de trois sessions annuelles de cinq mois au moins.

Je suis bien convaincu que l'entente et la surveillance réciproques entre les écoles atténueront les inconvénients du système. Néanmoins, comme il consiste à confier un intérêt général, celui de faire des praticiens, à quelques individus qui ne peuvent oublier l'aléa de leur entreprise et le gain personnel qu'ils en espèrent, il en découle des conséquences fâcheuses. Les directeurs ont intérêt à avoir beaucoup d'élèves pour les droits à en tirer, pour le travail gratuit que cela leur assure, puisque l'école américaine est aussi une maison de dentisterie à bon marché.

Il y a donc antagonisme entre la dignité de la corporation et l'intérêt des propriétaires de l'école.

---

(1) *Independant Practitioner*, 1886, p. 489.

Un autre mode d'organisation a prévalu en Angleterre, et le mouvement professionnel inauguré en 1855 a eu pour effet la création d'écoles soutenues et gérées par la corporation elle-même. L'impersonnalité, les moyens mis en œuvre par les écoles anglaises leur ont attiré des concours, des souscriptions importantes. Quand il s'est agi d'installer l'Ecole Dentaire de Londres dans un nouveau local, Saunders ne lui donna pas moins de 12.500 francs. Ces générosités des confrères, du grand public, qui, chez nos voisins d'outre-Manche ne font jamais défaut aux œuvres philanthropiques, ont rendu possible la splendide installation que vos délégués au Congrès de Brighton admiraient récemment.

Ce qui est la caractéristique de l'enseignement de notre art en Angleterre c'est son dédoublement en partie médicale et en partie dentaire. Quoique la première porte principalement sur l'étude de la tête et du cou, elle est apprise à l'Ecole de médecine et à l'hôpital général ; la seconde est donnée dans une école dentaire spéciale, ou à défaut, dans les villes universitaires qui n'en sont pas pourvues, dans la section dentaire d'un hôpital général. On reconnaît ainsi la spécialisation de l'art du dentiste, et ceux qui connaissent l'histoire de la réforme de notre art en Angleterre savent au prix de quelles luttes elle fut obtenue! Le bon sens devait triompher là comme chez nous.

Ainsi, dans ce pays, l'Etat ne s'est pas fait instructeur de dentistes, il s'est contenté de déléguer à des hommes et à des institutions ayant sa confiance la collation du grade de licencié en chirurgie dentaire, comme il l'avait fait pour le titre médical : il a laissé aux écoles toute leur autonomie.

Cette organisation n'a pas encore porté toutes ses conséquences, car il n'y a qu'une minorité de dentistes anglais ayant passé par les écoles ; la plupart pratiquent légalement en vertu d'une disposition transitoire de l'*Act de 1878. Le Dentist's Register* de cette année accuse un chiffre de 1,022 diplômés contre 3,833 praticiens dépourvus du diplôme légal, et cela quoique l'Ecole Dentaire de Londres ait actuellement 40 ans d'existence, quoique le Dentist's Act soit en vigueur depuis 11 ans.

L'Allemagne n'adopta pas en matière d'enseignement une organisation aussi libérale, et, après avoir créé un diplôme facultatif, le gouvernement jugea nécessaire d'établir à Berlin, puis dans quelques villes, Halle, Breslau, Leipzig, Kiel, Erlangen,

des écoles dentaires comprenant deux ou trois cours théoriques et des démonstrations pratiques dans une clinique annexe.

Si j'en crois une communication de Miller, le plus estimé des professeurs de l'Ecole Dentaire de Berlin, la plus importante des écoles allemandes, la salle de clinique n'aurait que 28 fauteuils pour un public scolaire de 150 élèves, et l'enseignement n'y aurait pas toute la valeur pratique, au point de vue de la dentisterie opératoire, de celui qui est donné dans nombre d'écoles des Etats-Unis.

La Suisse a une organisation analogue à l'Allemagne, seulement, au lieu d'émaner du pouvoir central, l'école a été fondée et est soutenue par le gouvernement d'un seul canton, celui de Genève. Afin d'atténuer la quotité de la subvention, le gouvernement autorise l'Ecole à suppléer à l'insuffisance des ressources d'inscription, qui sont minimes, en faisant payer les patients. Grâce à cela, les charges du budget génevois sont atténuées.

En dehors de ces pays et de la France il n'en est guère qui aient d'écoles dentaires, au vrai sens du mot ; plusieurs ont des cliniques très intéressantes, très suivies, grâce à la valeur de leur chef, mais cela ne constitue pas un cadre d'enseignement complet.

II

J'ai pour tâche, non seulement de vous présenter en raccourci comment nos émules des deux mondes ont compris la solution du problème, mais encore comment nous l'avons comprise nous-mêmes, afin de rechercher ultérieurement les améliorations, l'extension que nous devons apporter à notre œuvre, pour être toujours à la hauteur de nos concurrents.

Il y aura bientôt dix ans que nous existons et ce laps de temps assez long permet de se rendre compte de l'économie et des grandes lignes de notre organisation.

Elle est assez particulière et n'a pas d'analogues à l'étranger.

Si l'on totalise la somme des dépenses, si l'on récapitule la quantité d'efforts, de dévouement dont le succès actuel est le fruit, on est étonné de ce qu'il a demandé. En argent, il a été donné gratuitement près de cent mille francs, pour nous constituer une première installation et nous permettre de vivre depuis dix années.

Cette école n'est pas la propriété de quelques dentistes exigeant une rémunération de leurs sacrifices de temps et d'argent, elle n'est pas la propriété de ses fondateurs, elle n'appartient pas à ceux qui, aujourd'hui, travaillent le plus à son développement, elle n'appartient pas aux dentistes actuels, elle appartient à la profession tout entière. Pour peser sur ses destinées; pour élire son Conseil de Direction, pour en faire partie, il n'est pas nécessaire d'acheter une part de son actif, il suffit d'obtenir les suffrages de ses pairs. L'électorat s'obtient moyennant une contribution annuelle dc 20 francs, l'éligibilité est sans conditions ni restrictions.

Où existe-t-il une institution à base plus largo, plus libérale, plus démocratique?

Certains peuvent même trouver que les fondateurs n'ont pas pris assez de garanties pour mettre à l'abri des hasards de majorité la direction de l'œuvre commune. Dix ans de pratique ne semblent pas justifier ces craintes; le suffrage universel minuscule d'où nous tirons nos pouvoirs n'a pas montré jusqu'ici grande velléité de changement, car si la mort, la fatigue et même des dissentiments regrettables nous ont enlevé quelques collaborateurs de la première heure, pour ne parler que de ceux-là, on retrouve sur notre dernière circulaire comme sur la première, les noms des principaux fondateurs : Lecaudey, Godon, Poinsot, Chauvin, Ad. Dugit et les Drs Aubeau et Thomas. Les travailleurs, les dévoués, sont toujours en petit nombre, et il est bon, après tout, que les mandants sachent les discerner et les maintenir au même poste quand ils accomplissent de leur mieux la tâche qu'on leur a confiée. Quel est celui de nous qui ne souhaiterait que sur un plus vaste théâtre, pour des intérêts autrement considérables, le corps électoral eût la même fixité? (Applaudissements).

Peut-être que si nos fonctions étaient grassement rétribuées, si à nos titres étaient attachés plus d'avantages matériels, les compétitions seraient plus ardentes; mais une école où aucune fonction administrative n'est payée, où il en est de même pour la plupart des membres du corps enseignant, ne peut pas tenter tout le monde. Elle marche et se développe avec le concours d'une élite; nous aimerions pourtant à la voir plus nombreuse, un peu plus recrutée dans les nouvelles couches. Nous ne défendons pas nos postes avec un soin jaloux et je promets à ceux qui

voudront leur livrer assaut que nous les installerons nous mêmes dans la place. (Applaudissements).

L'Ecole dentaire de Paris est née d'une idée de progrès et de solidarité professionnelle. Elle y est restée fidèle. Notre situation ne nous permettait pas l'immobilité et c'est pourquoi nous avons pris part à tous les événements méritant l'attention des dentistes et pouvant servir à leur développement.

Il y a cinq ans, un dentiste allemand des plus distingués, prétendait que l'aurification faite par les procédés classiques avait vécu: aussitôt nous déléguons un des meilleurs d'entre nous, notre collègue Heidé, pour se rendre compte des perfectionnements de Herbst, et il consent à aller à Brême afin de pouvoir ensuite initier nos élèves à la nouvelle méthode.

En 1887, le Congrès des sciences médicales se réunissait pour la première fois dans une ville du Nouveau Monde. Le consei de direction de l'Ecole dentaire de Paris juge qu'il ne peut se désintéresser de cette grande réunion et deux de nos délégués s'embarquent pour l'Amérique. (Applaudissements).

A cette réunion ils sont chargés de déposer en votre nom une proposition de Congrès dentaire international en 1889 et le premier congrès dentaire international que le monde ait eu se tient à Paris. Notre directeur et le président de l'Association générale des dentistes de France en parlaient tout à l'heure; je n'ajouterai rien à ce qu'ils ont si bien dit.

Actuellement nous avons instruit plus de 400 dentistes : 170 ont poursuivi leurs études jusqu'à la fin et ont obtenu notre diplôme ; sur ce nombre 100 pratiquent à Paris, 60 en province, 10 à l'étranger. On est venu de Buenos-Ayres et de Barnaould en Sibérie pour étudier à notre école.

L'Allemagne et la Suisse nous ont envoyé des élèves, quoiqu'elles possèdent des écoles d'Etat.

Si à cette phalange on ajoute les diplômés de l'Institut odontotechnique on voit qu'actuellement plus de 200 dentistes ont été formés à nos écoles, c'est-à-dire plus de 12 pour cent du nombre total des dentistes français.

Qu'on compare les matières de cours et nos conditions d'examen avec ce qu'on demande dans les autres pays et on se convaincra que nous sommes aussi soucieux que les Gouvernements de la compétence et des garanties à offrir à ceux qui se confient à nous. Ce qu'on demande en Russie, en Italie, en

Espagne, en Belgique pour pratiquer légalement ne suffirait pas pour entrer à l'Ecole dentaire de Paris en troisième année. (Applaudissements).

Je n'ai pas à insister après mon collègue M. Poinsot sur l'œuvre d'assistance que nous donnons à tous. Je ne puis pourtant m'empêcher de faire remarquer qu'en Amérique, qu'en Suisse on exige que les patients soignés dans les cliniques des écoles dentaires rétribuent en partie le service rendu, et l'extraction et l'obturation, et les appareils y sont payés. Quoique nous soyons bien à l'étroit dans notre budget, nous n'avons jamais voulu de semblables ressources, et pourtant elles ne seraient pas à dédaigner car il n'est pas excessif d'évaluer à 20,000 francs au moins ce qu'on pourrait demander, avec des prix très réduits, à la clientèle de cette clinique.

Nous ne voulons être par aucun côté une maison de commerce ; l'enseignement et l'assistance sont notre raison d'être et le Conseil de l'Ecole préfère demander aux dentistes d'aujourd'hui et de demain d'équilibrer son budget plutôt que de la transformer en une maison de dentisterie à bon marché. (Applaudissements).

On nous a dénié parfois de faire partie des professions dites libérales. Soit ! On voudra bien pourtant reconnaître qu'en agissant ainsi nous faisons œuvre de libéralisme. (Applaudissements).

Je n'ai pas à passer en revue toutes les tentatives d'organisation et de réforme dont notre art a été l'objet, ce serait abuser de votre patience. Pourtant je ne puis m'empêcher de faire une remarque. Jusqu'en 1879 les dentistes avaient poursuivi l'avancement de leur art en demandant à l'Etat des mesures coercitives, une obligation légale d'apprendre selon un plan dressé par lui, et ce n'est que sous la République qu'ils s'organisèrent pour agir eux-mêmes.

En 1847, Audibran demande à M. de Salvandy d'étendre l'interprétation de la loi de Ventôse ; en 1864, MM. Fanton et ses collègues demandent la création d'un diplôme spécial à l'Empire, et en 1879, mon ami Godon dépose son projet de fondation de l'Ecole dentaire de Paris et le Cercle des Dentistes l'adopte.

Nous prouvons par des faits décisifs l'utilité de l'institution et successivement plus de 350 dentistes viennent se grouper

autour de nous. Les noms dont la science française s'enorgueillit consentent à nous apporter leur appui. Le savant et le patriote qui devait être victime de cette pensée, après tout généreuse et grandiose, de l'expansion de la France en Extrême-Orient venait nous dire avec son bon sens, son esprit et sa bonne humeur gauloise tout le bien qu'il pensait de cette œuvre libérale, et aujourd'hui nous avons l'honneur de voir sur cette estrade un des fondateurs de la République, un de ceux qui eurent la direction des destinées de la France et qui présidèrent aux délibérations de la représentation nationale. (Applaudissements). Allons, la République a changé pas mal de choses en ce pays ! (Applaudissements).

Certes, on peut prétendre que le rapprochement de dates et de faits montre de simples coïncidences ; pourtant n oublions pas que nous avons des ennemis puissants et que, quand même il n'y aurait pas eu d'obstacle légal à la fondation d'une école professionnelle comme celle-ci, on aurait bien pu dresser sur son chemin quelques obstacles administratifs, qui nous auraient paralysés et auraient effrayé les bonnes volontés hésitantes.

Oui, il a fallu la renaissance du mouvement corporatif dont la République a facilité l'éclosion, par la tolérance administrative d'abord, par la loi sur les syndicats professionnels ensuite, pour permettre à cette institution de vivre et de se développer.

Je consultais ces derniers temps l'Annuaire des Syndicats professionnels, et j'étais surpris de voir que, sur l'étendue de notre territoire, il y avait plus de 2,300 syndicats organisés. Si vraiment, comme l'a dit le grand vieil homme de l'Angleterre : *Ce siècle est le siècle des ouvriers*, j'estime, moi obscur citoyen, que la République a fait là œuvre bonne et juste et je suis heureux de pouvoir le dire devant ceux qui créèrent un milieu favorable à ce mouvement. (Applaudissements).

Ceux qui ont suivi la transformation que la fondation de cette école, que l'organisation des sociétés qui gravitent autour d'elle ont opérée, ne contesteront pas les services de tout genre qu'elles ont rendus : l'avancement de la science, la diffusion du progrès, l'émulation par le travail, l'élévation du niveau moral. La morale corporative est une morale plus sévère que la morale individuelle ; le jugement, la censure des pairs a empêché bien des incorrections, bien de ces petites infractions à la dignité, à l'ho

norabilité professionnelles, pour lesquelles celui qui les commet a toujours une grande indulgence.

Quel aurait été le sort de l'enseignement de l'art dentaire, si l'une quelconque des tentatives de réglementation avait abouti, si l'Etat, qui fait déjà des médecins, des avocats, des ingénieurs, des chanteurs, des comédiens, des danseuses, des peintres, des sculpteurs... et parfois des savants, avait ajouté à la série de ceux qu'il élève sur les genoux — des dentistes ?

On aurait établi non une école avec quinze professeurs comme celle-ci, non une école avec quatre professeurs comme l'Ecole Dentaire de Berlin. Non ! on aurait ajouté une chaire d'odontologie aux cours spéciaux de l'Ecole de médecine et on aurait rendu grâces aux dieux. Quant à organiser des démonstrations pratiques de dentisterie opératoire, on n'y aurait pas songé. Un cours magistral ne répond-il pas à tout, aux yeux de quelques-uns de nos éminents confrères !

Nous avons environ 40,000 francs de dépenses annuelles. L'Etat, pour les mêmes services, en dépenserait plus de 100,000.

Nous avons l'honneur d'être présidés ce soir par un ancien président de la commission du budget, eh bien ! nous pouvons respectueusement lui demander quelles auraient été son attitude et celle de ses collègues, si on était venue leur demander cette somme pour mieux instruire des dentistes ?

Comment auraient-ils fait en présence des transformations constantes de notre outillage, des besoins incessamment renouvelés ? Est-ce mal préjuger de dire que, soucieux des charges des contribuables, ils auraient ajourné les demandes de crédit ?

Si vraiment le dernier mot de l'art de gouverner est celui d'apprendre aux hommes à se gouverner eux-mêmes, on peut dire qu'on l'apprend dans des entreprises collectives comme la nôtre. La gérance de cette institution nous a forcés les uns et les autres à devenir un peu administrateurs, un peu politiques, même ceux qui y étaient le moins préparés. Elle nous a obligés à acquérir quelques qualités, à travailler plus, à avoir conscience de la difficulté du maniement des intérêts généraux, à un plus haut degré que si l'Etat nous avait déchargés du fardeau et s'il avait pris cure de l'éducation des jeunes dentistes, s'il avait pris charge de notre avenir en augmentant le taux de notre feuille de contributions.

Que de fois on a fait appel à nos dévouements ; on nous a de-

mandé d'immoler nos prétentions personnelles, nos intérêts particuliers aux intérêts généraux qu'on sert ici et nous avons payé le tribut réclamé, heureux ensuite d'avoir fait le sacrifice!

Les très grandes collectivités ne peuvent exiger de telles choses de leurs membres, et ce qu'on donne à l'Ecole Dentaire libre de Paris, on ne l'aurait pas donné à un établissement d'enseignement officiel, d'où une perte sèche pour nous-mêmes, pour le pays également.

Ce qui ennoblit l'effort humain, l'amour du métier, la dignité dans l'exécution de la tâche sociale, la solidarité avec ses frères de travail, la recherche de l'avancement moral et intellectuel, nous l'avons servi et il nous a servi.

Je termine. Si véritablement, comme nous le croyons tous, nous sommes les humbles ouvriers du progrès professionnel, d'une morale plus élevée, de la patrie, de l'humanité, qu'on veuille bien le reconnaître, qu'on veuille bien nous rendre possible l'existence, non seulement une année après l'autre, mais encore dans l'avenir, afin de continuer notre œuvre.

Nous ambitionnons comme les écoles anglaises d'être dans un immeuble à nous, installé spécialement pour nous. Nous voudrions donner plus d'extension à certaines parties de nos études, nous ne pouvons le faire que grâce aux libéralités des nôtres. Que la reconnaissance d'utilité publique les rende possibles.

Il est beaucoup de nos confrères pour qui nous sommes plus intéressants que des arrière-cousins et qui voudraient avant de s'en aller faire un peu plus de bien et assurer à la profession qui a été le but convergent de leurs efforts, qui les a fait vivre, et quelquefois enrichis, de plus grands moyens de développement. Je ne sais si je me trompe, mais j'aime à me représenter des associations de travailleurs comme les héritiers des couvents du moyen âge qui gardèrent le dépôt de la science, et étaient le dernier refuge de l'idéalisme.

Dans un autre milieu, avec d'autres moyens et pour un idéal transformé, les associations de métiers tendent au même but. Le travail est leur lien et leur raison d'être. La société moderne n'en a pas de plus nobles.

Sans prétendre qu'on reconstitue en notre faveur ces immenses biens de main morte, qu'on permette aux associations ayant fait leurs preuves de servir à côté de l'Etat et sous sa

surveillance, l'avancement technique et scientifique, et aussi l'assistance aux mutilés de la lutte pour la vie.

C'est le vœu d'un dentiste en cette quatre-vingt-neuvième année de siècle que la France a su rendre — par la souplesse de son génie — encore une fois historique. (Applaudissements prolongés.)

RAPPORT ANNUEL

Présenté a la séance de réouverture des cours de l'École Dentaire de Paris, le 9 novembre 1889

par M. Ch. Godon, secrétaire général

Mesdames, Messieurs,

Après les excellents discours que vous venez d'entendre, vous êtes éclairés sur le but que nous poursuivons, les moyens dont nous disposons pour l'atteindre et les résultats qu'obtiennent nos efforts.

Ma tâche est ainsi singulièrement facilitée. Je n'abuserai donc pas longtemps de votre attention, car je ne veux pas retarder l'instant de la proclamation de nos lauréats et de la distribution de nos diplômes. Je me contenterai de passer rapidement en revue les principaux faits qui ont signalé notre année scolaire.

On vient de vous dire quelle part nous avons prise à l'Exposition universelle.

Grâce à notre école, à nos sociétés, nous avons pu, pour la première fois en France, y représenter dignement un enseignement professionnel qui n'avait pas sa place dans les expositions récédentes.

Notre vitrine y fut modeste, la modicité de nos ressources nous interdisant les installations luxueuses des établissements industriels. Nous n'en avons pas moins pu réunir, dans les 252 numéros que contenait notre catalogue, les principaux spécimens des travaux accomplis depuis dix ans par nos membres. Sous cette forme les esprits les plus prévenus ont dû reconnaître quelle somme d'efforts représentait notre Exposition.

Mais ce qui, bien plus encore que notre exposition, a montré

à tous les progrès accomplis dans notre art en France depuis dix ans par les écoles et les sociétés professionnelles, c'est le Congrès.

L'Exposition universelle était l'occasion de la réunion de congrès internationaux dans toutes les branches de l'activité humaine ; notre art devait y avoir sa place.

Déjà, en 1887, au Congrès de Washington, nos délégués, MM. Dubois et Kuhn, avaient proposé en notre nom la réunion à Paris, en 1889, d'un Congrès dentaire international. On vous a dit tout à l'heure quel en avait été le succès : 400 membres y ont pris part, dont 160 étrangers environ. Parmi eux, les délégués des plus importantes sociétés odontologiqnes étrangères, dont quelques-uns comme M. Etchepareborda, pour la République Argentine, M. Heidé, pour la Suède, anciens diplômés de notre école, étaient les représentants officiels de leur Gouvernement.

Notre corps enseignant tout entier, le corps de nos anciens diplômés, y ont largement représenté l'art dentaire français.

Vous avez vu, notamment pour les démonstrations pratiques, un de nos jeunes professeurs, M. Richard Chauvin, montrer aux étrangers que l'aurification n'est plus un monopole de l'école américaine et que le corps des dentistes français possède maintenant des opérateurs habiles qui n'ont rien à envier à nos confrères de l'autre côté de l'Atlantique.

Vous avez vu aussi l'étude des questions scientifiques les plus élevées de notre art abordées par MM. Dubois et Poinsot, dans des communications des plus intéressantes.

Les étrangers venus en France ont pu ainsi comparer avec avantage l'état actuel de notre art avec ce qu'il était précédemment, avec ce qu'il est actuellement à l'étranger, et cette comparaison a mis en lumière les nombreux résultats produits par notre école et notre soéiété.

Ce parallèle a pu être établi plus facilement par nos trois professeurs, MM. Dubois, Ronnet et Godon, qui ont accepté, au mois d'août dernier, l'invitation de nos confrères anglais ; ils ont représenté à Brighton l'*Association générale des dentistes de France* au congrès annuel de l'*Association générale des dentistes de la Grande Bretagne.*

Si l'excellente réception qui a été faite aux membres du corps enseignant de l'école dentaire de Paris témoigne de l'hospitali

bien connue de nos confrères anglais, elle montre encore l'estime dans laquelle ils tiennent notre association professionnelle.

Les avantages résultant de cette délégation ont été nombreux. Non seulement nous avons par cela même provoqué l'envoi d'une importante délégation anglaise au Congrès de Paris et ramené les plus intéressantes des communications et des démonstrations, auxquelles nous avions assisté; mais encore, comme les délégations précédentes de Brême et de Washington, nous avons puisé bien des enseignements utiles au milieu de ce corps professionnel organisé vingt ans avant le nôtre et dont les sociétés et les écoles ont atteint le plus grand développement.

Trente ans de fonctionnement et la générosité de nos confrères anglais ont fait de l'Ecole dentaire de Leicester-Square un établissement d'enseignement professionnel de premier ordre. La pensée peut pourtant, sans trop souffrir de la comparaison, se reporter avec satisfaction sur notre Ecole et sur la situation qu'elle présente après dix ans d'existence.

L'enseignement qui y est donné est assez satisfaisant pour voir chaque année le nombre de nos élèves augmenter et les étrangers venir de tous côtés pour le suivre.

Nous avons eu pendant cette année scolaire 83 élèves, dont 75 élèves hommes et 8 élèves femmes. Parmi eux 27 sont nés à Paris ou dans le département de la Seine, 33 dans le reste de la France et 23 à l'étranger qui se divisent ainssi : Belgique, 4; Russie, 6; Pologne, 1; Sibérie, 1 (sur la frontière de la Chine); Amérique, 5; Bavière, 2; Espagne, 2; Suède, 1; Roumanie, 1; Turquie, 1.

Les examens dont la moyenne ne cesse de s'élever ont été cette année particulièrement bons au moins pour la 3e année, comme on le verra tout à l'heure, par la lecture du Palmarès.

Sur 20 élèves de 1re année 14 ont été admis à l'examen de fin d'année.

Sur 33 élèves de 2e année 22 ont été admis à l'examen de fin d'année.

Sur 30 élèves de 3e année 16 ont été admis à recevoir le diplôme.

Le nombre de nos diplômés est ainsi porté à 167 depuis la fondation de l'Ecole, avec près de 600 élèves inscrits, ce qui fait un peu plus de 18 diplômés par an.

Ces chiffres montrent bien avec quelle parcimonie ils sont distribués ; ils ne sont remis qu'à ceux qui, par leur travail et leurs réponses à l'examen, s'en montrent dignes.

La sévérité est d'autant plus légitime que le Conseil fait ses efforts pour qu'aucun des moyens d'instruction et de travail ne fasse défaut à ses élèves.

La Clinique est toujours abondamment fournie de malades et ceux qui exprimaient des craintes à ce sujet ont pu voir combien la population pauvre ayant besoin de nos soins était nombreuse.

Notre livre de clinique accuse un chiffre de 24,780 entrées, dont 8,280 hommes, 9,920 femmes, 6,580 enfants.

Ce chiffre de malades qui, en l'absence de service officiel similaire, ont dû venir reclamer nos soins, justifie suffisamment les sympathies qui entourent notre institution, sympathies que confirme la présence à ce fauteuil d'un des plus éminents membres du Pariement français, ainsi que celle d'un des plus actifs représentants de la Ville de Paris.

L'organisation de notre enseignement pratique a donc pu être aussi bonne que nous l'avions rêvé en quittant le local de la rue Richer.

Cette grande salle des opérations, bien éclairée, facilite la surveillance, permet les démonstrations et nous n'avons eu cette année qu'à nous féliciter de l'avoir ainsi établie.

Cependant nous avons eu le regret de voir celui qui, depuis dix ans, nous apportait son concours précieux pour ce cours de dentisterie opératoire qu'il avait créé, M. le Dr Levett, être obligé de nous quitter. Néanmoins, il reste toujours dévoué à l'institution, comme il nous l'a écrit, et le Conseil l'a nommé professeur honoraire.

Le cours n'en continuera pas moins dans les meilleures conditions sous la direction de ceux qui, depuis quatre ans collaborateurs du Dr Levett, en faisaient la suppléance, MM. Ronnet, Lemerle, Heidé, Chauvin. (Applaudissement).

Le cours pratique de prothèse, sous la direction du chef de laboratoire, M. Gravollet, a fonctionné également de la façon la plus satisfaisante.

Quant aux cours théoriques, les excellents professeurs qui en sont chargés ont su les assurer avec le zèle et le dévouement des années précédentes.

Par suite de la mort de notre regretté professeur, le Dr Decaudin, nous avons dû confier le cours de dissection à un nouveau membre de notre corps enseignant, M. le Dr Isch-Wall, et nous sommes heureux de nous féliciter de l'excellent choix qu'a fait notre Conseil de direction en cette circonstance.

Le cours de pathologie spéciale dont nous avions chargé M. le Dr David depuis 1882 a été, après son départ, confié, cette année à M. P. Dubois dont il est inutile que je rappelle ici les titres et les travaux. L'excellent traité sur *la Carie dentaire* dont il vient d'enrichir notre bibliothèque professionnelle française et pour lequel, au nom de tous mes collègues, je lui adresse ici de publics remerciements, le désignaient suffisamment pour remplir cette fonction. Aussi, avec l'organisation de de notre enseignement, le dévouement de notre corps enseignant à tous les degrés, professeurs, chefs de cliniques démonstrateurs, les progrès de nos élèves ne pouvaient manquer d'être sensibles. (Applaudissements).

Le Conseil de Direction, de son côté, continue à apporter les plus grands soins aux perfectionnements constants du programme et à l'augmentation des moyens d'études mis à la disposition des étudiants

Nous avons regretté de voir la jeune association que ceux-ci avaient formée au début de l'année, disparaître après quelques mois d'un fonctionnement difficile, par suite de l'inexpérience de ses jeunes fondateurs.

Mais le principal des avantages que nos élèves avaient cru y trouver, l'administration de l'Ecole le leur offre par la bibliothèque et le musée qu'elle met à leur disposition; ils en ont, du reste, largement profité.

La situation financière de l'Ecole a continué à être satisfaisante. Les dépenses considérables qu'avaient provoquées notre déménagement de la rue Richer et notre installation dans cet hôtel ont pu être soldées cette année, sans grever l'avenir, grâce au chiffre des recettes. Nous nous trouverons, l'année prochaine, dans une situation tout à fait normale.

L'institution n'est pas riche — la philanthropie n'enrichit pas, — mais l'organisation très pratique de nos services permet de suffire aux besoins de l'institution et par les recettes des inscriptions des élèves, les cotisations des membres de la société, d'arriver à équilibrer un budget qui se sera élevé cette

année à près de quarante mille francs. Aussi nous félicitons-nous tous les jours de la constitution de notre société dont dix ans de pratique et de prospérité ont prouvé la bonne organisation. Tous nos soins tendent à la perfectionner avec prudence suivant les indications puisées dans un fonctionnement journalier.

Toute transformation générale brusque serait d'autant plus inopportune que l'attente dans laquelle nous laisse depuis tant d'années l'Administration pour l'obtention de la reconnaissance d'utilité publique nous maintient dans une situation transitoire qu'il serait souhaitable de voir prendre fin pour donner à notre œuvre l'extension qu'elle comporte.

L'Administration a cette année marqué encore sa sympathie à nos membres en décernant la décoration de la Légion d'honneur à notre sympathique vice-président M. Wiesner et les palmes académiques à notre devoué professeur de physique, M. le Dr Faucher, à notre ex-chef de laboratoire de prothèse M. Pigis et à un de nos membres M. Touchard. Tout en félicitant l'Administration de ces distinctions accordées à nos collaborateurs, nous lui demanderons de reporter (Applaudissements) sur l'institution elle-même un peu des faveurs qu'elle prodigue à ses serviteurs.

Je ne veux pas terminer cette énumération, que j'ai faite aussi rapide que possible, de l'année écoulée, sans féliciter sincèrement notre vénéré président, M. Lecaudey, d'avoir consenti à reprendre la direction de l'Ecole à laquelle il a toujours témoigné depuis la fondation, sous toutes les formes, sa profonde sympathie et son entier dévouement.

Nous souhaitons qu'il reste longtemps encore à notre tête pour le plus grand bien de l'institution et de ses élèves. (Applaudissements.)

PALMARÈS

DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Année scolaire de 1889-90.

Maximum des points : 60. — 1re ANNÉE. — Minimum des points : 31.

Session de juillet MM.	Points
Brussenar, Isidore	53 3/4
Pertrand, Eugénie (Mme)	50 1/2
Mouton, Fernand	48 3/4
Bocquillon, Marie (Mme)	48 1/4
Xrouet, Oscar	48 1/4
Ronnet, Alfred	47 1/2
Leconte, Gilles	45 1/4
Wright, Herbert	44 3/4
Goldschmidt, Bernard	43 1/2
Sorré, Albert	42 3/4
Lemaire, Armand	40 1/2
Guller, Charles	35 1/2
Gaillard, Joseph	32 1/2
Session d'octobre	Points
M. Mamelzer, Fernand	45 1/2

Maximum des points : 60. — 2e ANNÉE. — Minimum des points : 38.

Session de juillet MM.	Points
De Massias, Louis	57 3/4
Paulme, Louis	55 1/2
Vauvillier, Louis	53 1/2
Meunier, Charles	53 »
Cucker, Maurice	50 »
Krasuscka, Cécile (Mlle)	49 3/4
Martinot, Jeanne (Mlle)	49 1/4
Chaigneau, Calixte	49 »
Aron, Arnold	47 »
Dumora, Jean	47 »
Geoffroy, Félicien	47 »
Videau, Albert	47 »
Mayrhoffer, Ludvig	46 1/2
Bourgeon, Georges	45 1/2
Chambaret, Laurent	44 1/4
Petit, Fernand	44 »
Denis, Antoine	43 1/2
Fresnel, Ernest	42 1/4
Session d'octobre MM.	Points
Célarié, Louis	42 »
Héry, Victor	42 »
Macel, Gustave	41 3/4
Mugnier, Edouard	41 1/2

Maximum des points : 120. — 3e ANNÉE. — Minimum des points : 80

Session de juillet MM.	Points
D'Argent, Jules	115 3/4
Devoucoux, Georges	106 1/4
Hamonet, Victor	104 1/2
D'Almen, Isaac	101 1/4
Svendsen, Sigurd	99 1/4
Laurent, Edouard	97 3/4
Fabre, Marius	93 3/4
Barthelotte, Antoine	88 3/4
Douhet, Arthur	87 1/2
Vandacouroff, Th. (Mlle)	82 »
Bouvet, Jules	80 »
Session d'octobre MM.	Points
De Croes, Louis	101 1/4
Chamblard, Marie (Mlle)	93 »
Arlet, Albert	92 »
Suchet, Maurice	88 1/4
Cherbétian, Grégoire	81 /12

RÉCOMPENSES

Concours général.

1er M. D'Argent, Jules. — Il lui est décerné une médaille de vermeil offerte par l'Ecole, une médaille de vermeil offerte par M. le Ministre du commerce et un prix offert par MM. Ash et fils.

2e M. Devoucoux, Georges. — Il lui est décerné une médaille d'argent offerte par l'Ecole et un prix offert par M. Cornelsen.

3e Hamonet, Victor. — Il lui est décerné une médaille de bronze offerte par l'Ecole et un prix offert par M. Victor Simon.

4e M. D'Almen, Isaac. — Il lui est décerné une 1re mention honorable et un prix offert par M. le ministre de l'Instruction publique.

5e M. Svendsen, Sigurd. — Il lui est décerné une 2e mention honorable et un prix offert par M. le Préfet de la Seine.

6e Laurent, Edouard. — Il lui est décerné une 3e mention honorable et un prix offert par le Conseil général de la Seine.

PRIX DE DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Un concours de dentisterie opératoire ayant eu lieu entre leslau réats, le Conseil a accordé :

A M. Hamonet, Victor. — Une médaille de vermeil offerte par l'Ecole dentaire et un prix offert par M. Lecaudey, directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

A M. Devoucoux, Georges. — Une mention honorable et un prix offert par la municipalité du 9e arrondissement de Paris.

PRIX DE CLINIQUE

M. Svendsen, Sigurd. — Ayant eu pendant ses trois années de scolarité le plus de points sur son carnet de clinique correspondant au plus grand nombre de malades soignés et le plus de présence à l'hôpital, le prix de clinique lui est décerné.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

COMPTE RENDU SOMMAIRE DES TRAVAUX DE LA PREMIÈRE SECTION

Anatomie et physiologie normale et pathologiques

Par M. G. Blocman, M. F. P., *Secrétaire-Rapporteur*

(*Suite*) (1)

L'HERPÈS ZOSTER BUCCAL ET GINGIVAL

M. Hugenschmidt fait une communication sur l'hesper zoster buccal et gingival. L'auteur rapporte deux observations qu'il a pu prendre dans sa clientèle; l'un de ces cas était un zoster gingival, l'autre un zoster génial, et tous deux parfaitement caractérisés. Les symptômes y sont décrits avec toute la netteté possible : malaise général, fièvre, douleurs névralgiques dans tout le trijumeau, puis, au bout de trois jours, localisation de la douleur dans la région du maxillaire droit. A l'examen les dents sont reconnues en parfait état; mais sur la joue, sur une étendue de quatre centimètres d'avant en arrière et d'un centimètre de

(1) Voir Odontologie, octobre 1889, p. 444.

hauteur, on remarque une série de vésicules qui, par leur forme et leur disposition, ressemblaient en tous points au zona intercostal par exemple. Le nerf buccal paraissait être le siège des douleurs.

Dans la seconde observation, c'est la gencive du maxillaire inférieur droit qui est atteinte; une série de vésicules s'étend depuis la canine jusqu'à la grosse molaire, les mêmes phénomènes généraux s'observent. Malgré les soins, la douleur n'a disparu qu'après trois semaines, au moment de l'apparition d'une pneumonie très grave. Cette malade, âgée de 22 ans, était très anémique; elle fut soignée par l'arséniate de fer, l'antipyrine à l'intérieur et les collutoires calmants sur la partie douloureuse, etc.

L'herpès zoster, dit M. Hugenchmidt, est une maladie générale; c'est une affection inflammatoire aiguë caractérisée par des éruptions de vésicules herpétiques ayant la dimension d'un grain de millet, ou plus larges, si elles se confondent entre-elles; ces vésicules sont disposées le long du trajet du nerf trijumeau.

Il faut diviser l'évolution de cette affection en deux parties : 1° période d'invasion et période d'éruption; la première a une durée d'environ trois jours et fait place à la seconde qui, elle, a une durée de plusieurs semaines.

L'herpès zoster prend quelquefois les allures d'une maladie infectieuse; M. Kaposi en a observé une véritable épidémie; il en a été de même à Hambourg dans la clinique d'Unna.

M. Hugenschmidt fait valoir les caractères différentiels qui distinguent cette maladie de la stomatite aphteuse qui, elle, présente des vésicules disséminées sans névralgie du trijumeau.

Le traitement consiste en application sur la muqueuse d'un collutoire composé de :

Chlorhydrate de cocaïne..........	1	gramme
Chlorhydrate de morphine.........	1	—
Borate de soude..................	5	—
Miel.............................	30	—

A l'intérieur, l'arséniate de fer et l'antipyrine.

M. Poinsot donne ensuite lecture de son travail sur l'influence de la nutrition, sur la production et sur la guérison de la carie dentaire.

« Les troubles nutritifs, dit l'auteur, par ralentissement et par exagération de la nutrition, commencent au moment de la conception de l'être et ne se terminent qu'à sa mort. Les dents sont des témoins autrement sérieux, en ce cas, que les ongles et les cheveux. La chronologie du follicule dentaire démontre l'espace étendu de temps pendant lequel les influences bonnes ou mauvaises peuvent avoir leur retentissement sur les dents. »

L'alimentation est donc à soigner pendant la grossesse, tant pour la mère que pour l'enfant; mais pour celui-ci la période de l'allaitement a une importance plus grande encore, et souven

j'ai trouvé dans cette alimentation défectueuse les causes de l'érosion. Les dents une fois évoluées, il faut les conserver par des moyens appropriés; une nutrition exagérée produirait une calcification trop rapide qui se traduirait par une inflammation pléthorique de la gencive et qui se terminerait par la gingivite expulsive de Marchal de Calvi. Dans d'autres cas, c'est l'anémie telle qu'on la rencontre chez la femme fatiguée par ses grossesses successives ou ayant subi des dépressions physiques ou des peines morales prolongées; dans ces cas l'altération dentaire est fréquente et souvent étendue.

Les maladies, le surmenage ont le même effet. Le dentiste doit donc, dit M. Poinsot en concluant, surveiller attentivement son malade et, si c'est nécessaire, provoquer une consultation médicale et faire établir, en même temps que le traitement spécial, un traitement général.

MICROZIMAS ET ALCALOÏDES CADAVÉRIQUES

M. Poinsot. — D'après Béchamp les microzimas seraient des êtres organisées pour la conservation des tissus; ce ne serait qu'après leur disparition et l'apparition des microbes que les tissus seraient en danger.

Les alcaloïdes cadavériques sont les résultats de la décomposition, ils ne sont mauvais qu'autant qu'ils se trouvent dans un milieu favorable à la production des microbes multiples qu'on rencontre dans la cavité buccale. Une fois les microbes établis il faut extraire les organes envahis; les dents mortes sont particulièrement redoutables.

Après la lecture de ces deux communications M. Poinsot insiste sur la première en donnant connaissance à l'assemblée de deux faits de sa clientèle, l'un relatif à un excès de nutrition chez un enfant de neuf ans dont les gencives et les dents étaient malades, l'autre à un enfant surmené dont les dents étaient malades et qui fut peu de temps après obligé de prendre le lit.

DISCUSSION

M. le Dr Redard, de Genève.— Je ne partage pas complètement l'opinion de M. Poinsot quant à la carie dentaire : la première et la deuxième dentition ne sont pas assez séparées. Pour la première dentition on rencontre rarement l'érosion et on n'en peut jamais déterminer la cause d'une façon précise. Pour ce qui est de la seconde dentition je m'inscris en faux contre l'érosion syphilitique. Pour qu'il y ait érosion, il a fallu une maladie aiguë dans la période de développement de l'enfant ou arrêt de développement dans la première jeunesse.

M. Poinsot est heureux de voir M. le Dr Redard, de Genève, partager ses opinions sur l'origine de l'érosion.

M. Dubois. — Il semblerait d'après les dires des précédents

orateurs que l'érosion est une affection acquise, tandis qu'il est bien prouvé qu'elle est toujours d'origine congénitale.

Pour Hutchinson elle était toujours d'origine syphilitique, pour Parrot aussi : il avait même conclu de la constatation d'érosion sur des crânes préhistoriques que la syphilis devait alors exister. Les belles études de Fournier montrent bien que l'étiologie de cette malformation a des sources nombreuses, et que tous les troubles graves pendant la période de formation de la couronne peuvent la produire. Il y a donc au moins une erreur chronologique dans l'opinion de M. Redard qui attribue à des troubles de la deuxième ou troisième année l'apparition de l'érosion.

M. le Dr Gaillard. — Toutes les fois que vous aurez des accidents chez les parents vous aurez des érosions chez les enfants.

ESSAI DE CLASSIFICATION ET DE TERMINOLOGIE DES PRINCIPALES MALADIES DES DENTS ET DE LA BOUCHE

M. Dubois fait une communication sur ce sujet (Voir *Odontologie*, octobre 1889).

COMPTE RENDU SOMMAIRE

DES TRAVAUX DE LA DEUXIÈME SECTION

Par M. P. Dubois, *Secrétaire rapporteur*

Dentisterie opératoire, thérapeutique spéciale et matière médicale.

COMMISSION :

MM. Dubois, Dubrac, Poinsot, Pourchet

La commission d'organisation du Congrès dentaire international avait mis à l'ordre du jour les questions suivantes :

1° *Le traitement des dents à pulpe malade et de celles à pulpe morte* ;
2° *Valeur comparée de l'aurification et des substances plastiques pour l'obturation des dents, avec exposé des progrès récents sur la matière* ;
3° *L'anesthésie locale.*

Séances des mardi 3 et mercredi 4 septembre.

Présidences de MM. le Dr Gaillard, Saussine, Poinsot

PREMIÈRE QUESTION

LE TRAITEMENT DES DENTS A PULPE MALADE ET DE CELLES A PULPE MORTE

M. Pourchet, secrétaire général, lit, au nom de *M. Amoedo, de la Havane*, une communication intitulée :

TRAITEMENT DES DENTS MORTES AVEC OBTURATION IMMÉDIATE DES RACINES

Il divise ainsi les affections dont il traite :

« 1° Traitement de dents mortes dont la pulpe a une partie morte et une partie vivante ;

« 2° Traitement de dents dont la pulpe est morte depuis quelque temps ;

« 3° Traitement de dents mortes avec fistules alvéolaires. »

Il conclut que pour ces trois divisions l'obturation immédiate peut être pratiquée avec avantage, et il dit :

Depuis que j'ai abandonné la méthode ancienne de l'acide phénique et des autres irritants, je sauve un plus grand nombre de dents qu'auparavant. En deux ans environ j'ai traité par la méthode immédiate à peu près 400 dents. Je n'en ai perdu qu'une à cause d'un traumatisme causé par l'enlèvement de l'obturation d'amalgame. Un autre cas, parmi celles qui ont été traitées pour une fistule alvéolaire, se montra rebelle au traitement que j'ai décrit et m'obligea à l'extraction de la dent, à la guérison de l'abcès et à la réimplantation de la même dent.

Je conseille à mes confrères l'emploi de cette méthode.

Le traitement des dents mortes peut donc se réduire au traitement d'un foyer d'infection et, par suite, celui-ci peut se désinfecter en une séance comme en plusieurs, quelle que soit la dent qu'il s'agisse de traiter.

M. Cunningham, de Cambridge, défend le même mode de traitement dans une communication intitulée :

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT IMMÉDIAT DES DENTS SANS PULPE ET AVEC ABCÈS

Le traitement immédiat peut être brièvement défini : la méthode par laquelle les racines des dents sans pulpe ou avec abcès sont traitées et obturées en une séance, sans qu'on ait égard aux conditions antérieures.

Il résume ainsi les avantages de la méthode qu'il préconise :

En mettant en relief les avantages relatifs de la méthode de coiffage comparée à la méthode immédiate, j'arrive aux conclusions suivantes :

1° Avec la méthode immédiate, il y a peu d'extractions et d'insuccès ;

2° Il y a peu d'attaques subséquentes accompagnées d'enflures et d'abcès aigus, et, par conséquent, le traitement immédiat provoque moins de douleur ;

3° Il exige beaucoup moins de temps de la part du patient et du praticien, la durée moyenne du traitement et de l'obturation de ces dents étant notablement inférieure à une heure ;

4° Par suite de ces avantages, nous avons été à même de traiter et de sauver plus de cas désespérés, beaucoup de cas mentionnés dans les tableaux présentant de grandes perforations de racines, tandis que d'autres avaient déjà été condamnés par d'autres praticiens comme incurables ;

5° Cette méthode, plutôt que les substances, joue un grand rôle dans les résultats et elle aurait probablement réussi également bien dans un très grand nombre de cas sans aucune médication ;

6° En raison de la difficulté de diagnostiquer des cas semblabloe, il vaut mieux conduire l'opération avec toutes les précautions antiseptiques.

M. P. Dubois fait une communication sur la même question. Il diffère d'avis des précédents orateurs. Il conclut de la manière suivante :

Traitement des dents a pulpe malade et de celles a pulpe morte

1° Le traitement conservateur ou coiffage de la pulpe a des effets palliatifs heureux lorsque la pulpe n'est que peu altérée et quand elle est dénudée récemment. Si la dénudation est très récente, comme à la suite d'un accident opératoire, le coiffage peut amener une conservation indéfinie de l'organe.

Dans la pulpite chronique, le coiffage n'empêche pas la mortification pulpaire, mais il la rend lente comme dans les dents séniles et celles frappées de traumatisme extérieur.

2° Le traitement destructeur s'impose donc dans la grande majorité des caries du 3e degré.

Les composés arsénicaux sont les meilleurs agents de la dévitalisation de la pulpe ; ils agissent comme irritants et congestifs et non comme les escharotiques proprement dits. Les médicaments qui atténuent ou suppriment la douleur consécutive aux applications arsénicales sont ceux qui déterminent un rétrécissement des artérioles : l'atropine, l'éserine, la cocaïne. Le premier est trop dangereux pour pouvoir être couramment employé, le second et le troisième peuvent être mis à contribu-

tion, l'addition de créosote et aussi celle de la morphine sont sans action utile.

Les composés qui diminuent la douleur diminuent aussi l'étendue de la dévitalisation.

3° Le traitement radical exige l'extirpation complète des débris pulpaires. La douleur de l'opération est atténuée par l'application répétée de l'acide sulfurique cocaïné.

L'extirpation doit être suivie de l'obturation parfaite des canaux, le fil d'aluminium enduit de gutta-percha à l'oxyde noir de cuivre est le moyen le plus parfait et le plus rapide d'obturation des canaux radiculaires.

La périostite ne doit pas se produire pendant ni après une carie du 3e degré bien traitée.

4° L'antiseptie de la cavité et des matières de pansement est une condition de succès pour le traitement des dents affectées de pulpite. Le pansement réellement occlusif peut seul l'assurer et le coton chargé de teintures résineuses ne protège que mal la cavité de l'infection externe.

5° Sauf pour la dévitalisation et l'extirpation de la pulpe, les médicaments caustiques et fortement acides doivent être délaissés.

6° Le traitement des dents à pulpe morte, avec ou sans désordres de voisinage, relève essentiellement de l'application de topiques, désinfectants et antiseptiques. L'assainissement mécanique et chimique de la cavité et des canaux permet de triompher presque toujours des désordres les plus graves et les plus invétérés. Il s'obtient surtout par le pansement occlusif.

Les médicaments qui conviennent le mieux comme pansements à demeure sont les absorbants et les antiseptiques volatils (ainsi que les solutions hydrargyriques pour les dents où la décoloration n'est pas à redouter). Ils ne doivent pas être caustiques.

7° L'obturation précoce est presque toujours avantageuse, elle est supérieure à l'obturation immédiate, ainsi qu'à l'obturation longtemps différée.

8° La greffe dentaire n'a que quelques indications exceptionnelles, le traitement (la dent en place) peut presque toujours triompher des désordres dentaires et alvéolaires.

La dent ne pouvant être soignée heureusement par le canal n'est presque jamais assez bonne pour être réimplantée.

9° L'obturation parfaite des canaux s'impose comme dans la carie du 3e degré.

10° La médication interne, les applications révulsives sur la gencive, ainsi que la création d'un exutoire artificiel ne peuvent être employées qu'accessoirement et comme auxiliaires du traitement local de la dent elle-même.

M. Parr, de New-York, explique les avantages d'un petit INSTRUMENT SERVANT A DÉSINFECTER LES CANAUX.

Cet instrument consiste en une partie renflée, composée d'une boule en cuivre terminée par une partie effilée avec pointe en argent. En chauffant la boule, la chaleur s'irradie vers la pointe et permet de dessécher les canaux radiculaires.

DISCUSSION

M. Dubois. — Il faut distinguer entre les caries du quatrième degré, car nombre d'entre elles n'ont déterminé qu'une infection limitée des canaux et on comprend que dans ces cas l'assainissement de ces canaux suffise à rétablir la santé de l'organe et à permettre l'obturation définitive immédiate. Parfois aussi le désordre est plus profond et, pour obtenir une guérison stable, il est nécessaire d'assainir non seulement les canaux, mais encore l'alvéole. Je suis pour l'obturation immédiate ou précoce, à condition qu'elle ne soit que provisoire et permette la surveillance et les soins ultérieurs.

Les chiffres de M. Cunningham accusent 4 périostites pour 45 cas. J'estime qu'elles auraient pu être évitées par un traitement moins précipité. Il est évident que si on compare l'obturation immédiate au traitement fait à l'aide de pansements ouatés répétés, l'avantage est pour elle. Mais une assez longue expérience me fait croire que l'obturation provisoire, c'est-à-dire le pansement occlusif, assure des résultats encore supérieurs.

M. Chauvin, de Paris, demande à M. Cunningham s'il a revu ses malades longtemps après, et ajoute :

Pour ma part j'estime que dans les caries du 4e degré le tissu dentinaire est le plus souvent infecté dans son intimité. Ce ne sont que l'antiseptie par l'air surchauffé et un antiseptique absorbé qui peuvent avoir raison de la septicémie profonde. Il me paraît difficile que la chose puisse être faite en une séance.

M. Cunningham. — Je répondrai à M. Chauvin. Quelques-uns, quoi que je m'adresse à une population universitaire qui est nécessairement flottante.

Je répondrai aussi à M. Dubois que nous ne sommes pas très opposés et qu'en tout cas il n'apporte pas comme moi de statistique à l'appui de ses affirmations.

M. le Dr Dunogier, de Bergerac fait une communication sur : LE TRAITEMENT INTERNE DE L'ODONTALGIE. Il dit :

« Certains médicaments exercent sur le trijumeau une action puissante, à tel point que leur effet est, dans nombre de cas, pour ainsi dire précis, mathématique, amenant l'atténuation ou la cessation, dans l'espace de quelques heures à une journée, de douleurs pouvant durer plusieurs jours et nécessiter ou l'extraction d'un organe utile ou des opérations très douloureuses ou même inopportunes, telles que le débridement de la pulpe qui a l'inconvénient de transformer une carie du 2e degré en carie du 3e degré.

« Quant à nous, nous ne négligeons plus d'y recourir dès que le traitement local nous paraît insuffisant et, après bien des essais, nous avons fini par nous arrêter à la formule suivante qui, depuis plusieurs années, nous a donné les résultats les plus constants et les plus rapides :

« Aconitine cristallisée, un quart de milligramme.

« Gelsémine, un milligramme.

« Valérianate de quinine, cinq centigrammes pour une pilule.

« Deux ou trois pilules par vingt-quatre heures (pour un adulte).

DISCUSSION

M. Dubois. — Comme dentistes nous devons faire du traitement local et ce n'est qu'exceptionnellement que le traitement interne doit être mis à contribution. Il n'est jamais qu'un auxiliaire et ne peut dispenser de l'action sur la lésion elle-même. Je regrette, puisque l'auteur de la communication parlait de médicaments très dangereux comme l'aconitine, qu'il n'ait pas fait mention d'un médicament relativement anodin et des plus efficaces dans la pulpite et la périostite : l'antipyrine.

M. Redard, de Genève, fait une communication sur les CARIES DU 3e ET DU 4e DEGRÉ.

Il insiste tout d'abord sur la nécessité de l'emploi d'un amalgame ayant peu de retrait et décrit un petit appareil de son invention permettant de mesurer les densités.

Il expose ensuite le mode de traitement qu'il préconise, traitement qui consiste à ne jamais détruire la pulpe, et à ne jamais enlever les débris pulpaires contenus dans les canaux. Pour lui, la pulpe doit être soignée et non détruite et extirpée ; cela peut s'obtenir par des pansements antiseptiques. Ainsi, l'arsenic et le tire-nerf n'ont plus de raison d'être.

DISCUSSION

M. Poinsot, de Paris. — Vous employez plusieurs antiseptiques mélangés, cela vaut-il mieux que de les employer séparément ?

M. Redard. — Les mélanges sont favorables, les insuccès sont dus à des doses trop fortes.

M. Dubois. — Pour M. Redard, l'arsenic, le tire-nerf, n'ont plus de raison d'être; notre art est ainsi de beaucoup simplifié. Je ne suis pas de son avis. Il fait du coiffage sans toutes les précautions indiquées par Witzel et il ne peut avoir à la longue qu'un grand nombre d'insuccès. Je crois ne pas être contredit par beaucoup de ceux qui sont ici en disant que le système de M. Redard ne peut avoir que des résultats palliatifs.

M. Caracatzanis, d'Athènes. — J'ai eu l'occasion de voir à

Athènes des dents soignées par M. Redard cinq ans avant, les dents étaient en bon état.

M. Chauvin. — Ce n'est pas une preuve. Si le système de M. Redard était expérimenté dans plusieurs cliniques, on se convaincrait bien vite de ses mauvais résultats.

M. Thuillier, de Rouen. — Je ne crois pas possible de conserver la pulpe arrivée à l'état de suppuration, ainsi que le conseille M. Redard.

M. Redard. — J'énonce seulement ce que j'obtiens depuis sept ans. Les observations existent, elles ont été faites à l'Ecole dentaire de Genève et dans ma clinique. L'antiseptie triomphe de ces désordres.

M. Schwartz, de Nîmes, indique un TRAITEMENT DES RACINES PAR L'EMPLOI DU VIDE.

Il dit qu'il obtient un vide plus parfait que celui de la machine pneumatique avec un instrument de son invention.

M. Poinsot. — En 1876, M. Colin m'a construit une pompe à produire le vide, qui m'a permis une fois de retirer unepulpe.

(*A Suivre*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Par P. M. Dubois

LES MALADIES INFECTIEUSES ET LES DENTISTES

L'abondance des matières nous force à renvoyer au numéro de décembre les communications et discussions soulevées devant la Société d'Odontologie par les accusations de M. Lancereaux devant le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. L'extrait suivant tiré du *Bulletin Médical* montrera à ceux qui l'ignoraient l'importance des accusations de M. Lancereaux, auxquelles sont venues s'ajouter celles de M. Magitot, qui ne pouvait laisser échapper une occasion de dire du mal de ses confrères.

La Société d'Odontologie s'est émue à juste titre et a nommé une commission de cinq membres, composée de MM. Dubois,

Gillard, Godon, Poinsot et Roy. Le rapport de la commission sera présenté à la séance du mardi 3 décembre. L'*Odontologie* le publiera *in extenso* dans son prochain numéro.

En attendant nous publions l'extrait ci-dessous à titre de document :

Une discussion s'est engagée à la dernière séance du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine au sujet de la possibilité de la transmission de certaines maladies par l'intermédiaire des dentistes et des coiffeurs. Il s'agissait de discuter les conclusions d'un rapport de M. le Dr Lancereaux sur cette question.

Dans le rapport du Dr Lancereaux il est fait mention de l'assertion d'un dentiste américain, le Dr Cochrane, sur la transmission de la phtisie pulmonaire par les instruments de dentiste.

M. le Dr Dujardin-Beaumetz a dit qu'il ne croyait pas que cette transmission fût chose démontrée. A peine pourrait-on citer un cas où cette maladie semblerait avoir été ainsi communiquée.

Dans ses conclusions, M. Lancereaux demande que les coiffeurs soient avertis des dangers qu'ils font courrir à leurs clients par l'usage d'instruments ayant servi à de nombreuses personnes et que les dentistes, et même les médecins, soient invités à désinfecter soigneusement leurs instruments chaque fois qu'ils s'en sont servis.

M. Dujardin-Beaumetz a soutenu que ces conseils pratiques seraient efficaces, mais aucune sanction ne peut leur être donnée. Il est impossible d'imposer aux coiffeurs et aux dentistes les mesures recommandées par M. Lancereaux ; quant aux médecins, il est encore plus difficile de les obliger à faire l'antisepsie s'ils ne veulent pas. Il faudrait donc, à son avis, se borner à recommander que dans les écoles où il y a des internes, chaque élève ait son peigne, sa brosse, et que ces objets soient tenus proprement.

Cette prescription est seule pratique et son exécution est facile à surveiller. Un long débat s'est engagé entre M. Lancereaux qui a soutenu son opinion, M. le baron Larrey qui l'a appuyée et M. Dujardin-Beaumetz qui ayant, en particulier, demandé si la préfecture de police avait le droit et l'intention d'imposer aux coiffeurs ou dentistes l'exécution des prescriptions de M. Lancereaux. M. Lépine, secrétaire général de la préfecture, a répondu que le préfet de police se bornerait, si les conclusions du rapport étaient votées, à lui donner la plus large publicité possible.

LA NÉCROSE PHOSPHORÉE DEVANT LA CHAMBRE

Pendant deux séances, la Chambre des députés a examiné les conditions d'exploitation de la fabrication et de la vente des allumettes chimiques. Les lecteurs de ce journal connaissent la nocivité de cette industrie. Elle a été abordée par la Chambre,

et, puisqu'elle touche par quelques côtés à notre pratiquo, on trouvera bon que nous résumions la partie hygiénique du débat.

A la suite d'accidents et même de morts, le Conseil supérieur d'hygiène, puis l'Académie de médecine, s'étaient émus et avaient voté le vœu de l'interdiction de la fabrication du phosphore blanc, et de sa substitution par le phosphore rouge. M. le docteur David s'est fait l'interprète de ce vœu, en déposant, dans la séance du samedi 23 novembre, l'amendement suivant au projet de MM. Leydet et Peytral, qui rétablissait la liberté de fabrication :

« L'emploi du phosphore blanc est prohibé dans la fabrication des allumettes. »

Cet amendement avait des conséquences considérables, puisqu'il entraînait une véritable transformation des habitudes du public, — le phosphore rouge ne s'allumant que sur des briquets spéciaux ; — de plus, le prix de revient de ces allumettes est plus élevé, ce qui, surtout avec la liberté de fabrication, aurait engendré une surélévation notable du prix déjà excessif des allumettes.

M. David avait pourtant eu la bonne fortune de faire partager ses opinions à la Chambre et de faire adopter son amendement, malgré les efforts de l'ancien ministre des finances, M. Peytral.

Notre éminent confrère avait révélé aux députés l'étendue des sacrifices humains résultant de l'industrie des allumettes. Après avoir montré les mutilations consécutives au maniement industriel du phosphore, l'insuffisance des ressources médicales et chirurgicales pour combattre la maladie, il avait prouvé, par les statistiques connues, combien la nécrose phosphorée est redoutable.

« En 1857, M. Trélat relevait 71 cas de nécrose phosphorée ; en 1860, M. Bouvier en relevait 75 cas, et en 1888, M. Magitot en constatait 71 en France et 61 à l'étranger.

« Si l'on additionnait, dit ce dernier, les statistiques connues jusqu'à ce jour, on arriverait certainement à plusieurs centaines de cas, chiffre encore bien inférieur à la réalité, car il faut tenir compte des faits ignorés, et nous n'avons encore aucun renseignement sur les divers centres de fabrication de l'Angleterre, de la Belgique et de la Holllande. Dans tous les cas, le chiffre ordinaire de la mortalité oscille, en général, entre 25 et 30 0/0.

Puis M. David montra, par un exemple, que l'industrie libre était plus meurtrière que l'industrie monopolisée :

« Dans une grande usine d'Italie, où la liberté de fabrication existe, dans l'usine de la Société Caussemille, à Turin, M. Magitot a simultanément observé 18 cas de nécrose phosphorée sur un personnel de 500 ouvriers. »

Malgré cet exposé saisissant qui avait déterminé le vote de l'amendement, nous avons le regret de constater que nous ne sommes pas débarrassés du phosphore blanc ; cela pour des

raisons économiques : le gouffre budgétaire a besoin des 17 millions que les allumettes rapportent et la substitution du phosphore rouge les rognait. Alors, les hygiénistes ont tort ; le vote final l'a bien prouvé ; aussi l'amendement David a-t-il sombré avec l'article 3 du projet Peytral.

Le monopole sera exercé par l'Etat. Une compagnie ne sera donc plus responsable de la production des nécroses, ce sera le Gouvernement lui-même. Que va-t-il faire pour parer à cette éventualité? Va-t-il instituer des conditions hygiéniques plus parfaites que celles de la Compagnie actuelle ? Va-t-il créer des inspections dentaires fréquentes dans les usines afin d'éliminer des ateliers dangereux (ceux du trempage, du séchoir et du dégarnissage) les ouvriers et ouvrières ayant un mauvais état de la bouche, comme nous l'avions conseillé en 1886 (1) et comme la Compagnie avait commencé à le mettre en pratique, ou bien va-t-il laisser aller les choses comme auparavant ? Cela n'est pas possible, le sentiment de la Chambre, l'opinion des corps savants le lui interdisent.

L'article 2 du projet Peytral-Leydet après amendement était ainsi rédigé :

« Les fabriques d'allumettes chimiques sont soumises, dans « l'intérêt de l'hygiène et de la sécurité des personnes, à une sur- « veillance déterminée par un règlement d'administration « publique. »

Il sera intéressant de connaître les prescriptions de ce règlement et ses conséquences sur la fréquence de la nécrose phosphorée.

Nous reviendrons sur cette importante question.

LOIS INTÉRESSANT LA MÉDECINE DEVANT LA NOUVELLE CHAMBRE

Le renouvellement de la Chambre des députés a eu pour résultat de rendre caducs tous les projets de loi présentés à l'ancienne Chambre. De ce nombre est la loi sur l'exercice de la médecine.

M. Lockroy, qui avait déposé jadis ce projet comme ministre du commerce, l'a déposé à nouveau en vertu de l'initiative parlementaire. Il a demandé l'urgence pour cette proposition, afin de la dispenser des longues formalités réglementaires ; elle lui a été refusée.

Nous apprenons en dernière heure que la Chambre est revenue sur sa première décision, et après avoir accordé l'urgence au projet Chevandier, dans la séance du 25 novembre, elle n'a pas cru devoir la refuser au projet Lockroy.

Il résulte de cette décision que la loi sur l'exercice de la médecine peut être votée en une seule lecture. Le Sénat aura toujours à l'examiner.

---

(1) P. Dubois. « Inspection dentaire dans les usines d'allumettes » in *Odontologie* 1886, p 331.

Où le purisme..... grammatical va-t-il se nicher? sous la plume élégante de M. Preterre. Qui l'eût cru?

Nous avions mis en lumière l'origine un peu sculpturale des modèles de sa collection, il ne discute plus à cet égard et ne trouve à répondre que ceci : notre dernier article renferme deux coquilles d'imprimeur,

Nous sommes d'accord.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LES DIFFICULTÉS INHÉRENTES A LA DÉCOUVERTE D'UN CIMENT PARFAIT

La *Quaterly Circular* de septembre publie l'intéressant article suivant de M. Fletcher en réponse à un discours de M. H. Sewil devant la Société Odontologique de la Grande-Bretagne et à un article de la *Dental Review* qui disaient :

« Une obturation idéale ne doit pas être faite avec un métal. Ce doit être un ciment qui, applicable dans un état absolument plastique et adhésif aux parois de la cavité, prendrait à peu près comme un émail dense. Les essais qui ont été faits dans la préparation des ciments non métalliques suffisent à montrer qu'il n'est pas au-dessus du pouvoir de la chimie de produire cette substance (*Henry Sewill, tM. R. G. S., président de la Société Odontologique de la Grande-Bretagne, dans son discours d'ouverture du 4 février* 1889.)

« Il n'y a pas de champ, dans tout le domaine de la dentisterie, qui offre autant d'encouragement que celui qui a pour objet la production d'une obturation plastique ayant la couleur de la dent, la stabilité de l'or et présentant la facilité de manipulation des obturations au ciment d'aujourd'hui. Le membre de la Société dentaire de l'état d'Illinois qui produira cette substance d'obturation sera le plus grand bienfaiteur de la profession dentaire. » (Extrait du rapport du Comité de science et de littérature dentaire publié dans la *Dental Review.*)

L'objet de ces deux citations m'a amené à examiner encore une fois cette sérieuse question ; mais, pour l'avantage de ceux qui désirent prendre la chose en main, il peut être profitable de puiser à des sources sûres ce qui a déjà été fait dans cette voie. Dans le *British Journal of dental science* du 1er juillet 1881, j'écrivais ce qui suit sur « la dotation des recherches en dentisterie ».

« M. Whitehouse, dans sa communication sur le sujet ci-dessus lue devant la Société odonto-chirurgicale, sait évidemment peu de chose ou rien du tout de ce qui a été fait. Il exprime le désir que la profession accorde aux membres de la Société de chimie une subvention annuelle de 50 liv. sterl. pendant 3 ans pour la dotation des recherches sur un perfectionnement possible des obturations blanches. Il est bien difficile de dire ce qu'il s'attend à ce qu'on fasse pour cela, mais je puis lui affirmer que la somme qu'il propose ne suffirait pas à payer une moitié des frais des expériences préliminaires.

« Je m'étais associé pendant les dix dernières années deux des plus remarquables chimistes et je les ai encore avec moi. L'allocation que je leur ai attribuée pour des expériences s'élève maintenant à un total de 500 liv. ster. environ. Il y a 7 ans j'abandonnai la pratique pour me consacrer moi-même pendant 3 années consécutives à une série de recherches expérimentales sur chaque composé mentionné dans les 18 volumes de la *Chimie de Gmelin*, en notant les méthodes possibles pour une seconde recherche plus étendue. Cette série m'a coûté une petite fortune, m'a pris près de 4 ans, au lieu de 3 que je comptais, et s'est terminée par un insuccès désastreux, excepté dans la découverte de la méthode pratique pour obtenir la poudre qu'on emploie maintenant pour les ciments au phosphate de zinc que, à cette époque, je n'ai pas réussi à utiliser. Un essai pour les utiliser fut plus tard fait par Rowney et fut également un insuccès ; en tout cas sa préparation semble être sortie de la pratique.

« J'abandonnai — fatigué et épuisé — une recherche que j'ai recommencée car je crois possible le résultat attendu. Je puis dire que, pendant les douze ou quatorze dernières années, mon argent et ma vie ont été consacrés à la recherche d'une bonne obturation blanche, en connaissant toute sa valeur. M. Whitehouse peut-il s'attendre à ce qu'une série d'expériences, telles que celles qui ont été faites, puisse ou doive être décrite verbalement ou par écrit, ou à ce que, si elle faisait l'objet d'un livre, quelqu'un, à l'exception de quelques fabricants intéressés, lirait des milliers de pages d'insuccès, ces quelques lecteurs étant précisément les seules personnes auxquelles on ne se soucie pas de donner ces indications ?

« De tous les composés organiques ou inorganiques, aussi loin que vont mes capacités et mes connaissances, je n'en ai pas négligé un seul, non plus qu'aucune variété possible d'un procédé ou d'une substance présentant des chances de succès. On dit que deux têtes valent mieux qu'une ; mais, dans ce cas, il y en avait trois, et, sur 10 ans, nous n'avons rien à mentionner sous le rapport d'un résultat parfait. En commençant avec une connaissance exacte de ce qu'il fallait, j'ai dépensé vingt fois au delà de la somme proposée par M. Whitehouse et il n'y a pas de doute que d'autres ont fait quelque chose, sinon autant que moi. Au commencement de ma campagne de trois ans j'ai construit un laboratoire spécialement pour des expériences sur les obturations blanches avec tous les essais qui pouvaient être nécessaires. Je ne désire point rendre publique la quantité de temps et d'argent que j'ai perdue dans cette recherche, qui se continue maintenant presque aussi activement que jamais, et mon seul objectif en agissant ainsi est de recommander à ceux qui pensent à souscrire pour le fonds de recherches, soit de conserver leur argent pour un meilleur usage, soit de dépasser mon offre personnelle qui a été maintes fois faite publiquement

dans le monde de la chimie et que je réitère ici dans le monde dentaire à quiconque désire reprendre cette étude.

« J'entreprendrai de travailler dans un but pratique d'après toute idée présentant quelque chance de bon résultat en me pourvoyant à mes frais de tous les appareils et de toutes les choses nécessaires. A l'adoption d'une obturation blanche permanente remplissant toutes les conditions voulues qui peuvent résulter de mes expériences, et à la nouvelle que l'inventeur pouvait ne pas avoir les moyens d'arriver à un résultat satisfaisant, je consens soit à payer 1,000 livres pour le seul droit de la fabriquer, ou pour une part dans les grosses recettes. En tout cas, je me charge de toute la peine, de toutes les dépenses et de tous les risques. C'est là une offre déjà vieille de dix ans et c'est une idée beaucoup plus pratique que l'allocation de 150 livres à un expérimentateur qui n'est pas intéressé dans les résultats.

« Mes efforts pour empêcher une dépense probable et considérable d'argent doivent être mon excuse de ne pas publier des choses qui ont peu d'intérêt général et ne concernent que moi-même. Personnellement j'aimerais à voir réaliser la proposition de M. Whitehouse, s'il pouvait en résulter la moindre chose de valeur pour moi.

« Les recherches heureuses dans des matières utiles sont déjà bien dotées, et des recherches malheureuses sont de peu de valeur, si elles en ont quelqu'une, et peuvent être avantageusement livrées à elles-mêmes.

« Une obturation blanche parfaite et heureuse, c'est tout simplement une fortune pour l'inventeur; mais les conditions exigées sont si nombreuses et si rarement réunies dans chaque substance que le succès est apparemment encore bien éloigné. Il est possible qu'il n'existe ou qu'il ne puisse être produit ni composé ni matière remplissant toutes les conditions nécessaires. J'ai obtenu maintes fois presque toutes ces conditions, mais j'ai toujours échoué sur un point capital quand tout le reste était bien. Par exemple, j'ai maintenant un composé qui devient si dur en quelques minutes qu'aucune mèche ne peut l'entamer et qui, dans certaines circonstances, offre dix fois plus de résistance à tous les dissolvants que les meilleures obturations blanches connues. Il se comporte bien et, à tous égards, il est exempt de reproches, excepté quand, exposé en même temps aux dissolvants et aux frottements, il se dissout d'une manière extraordinaire, et conséquemment les probabilités sont qu'il se fondrait dans la bouche en un grand nombre de cas. Un chimiste sans connaissances pratiques dirait que cette substance, qu'une analyse montrerait identique à la porcelaine anglaise ou à la porcelaine de Chine, a toutes les propriétés voulues. Un dentiste la condamnerait probablement comme tout à fait sans valeur. »

J'écrivais de nouveau dans le même journal, le 16 janvier 1882 :

« M. Whitehouse dit qu'il ne s'attend pas à me voir traiter cette question à un point de vue scientifique ou professionnel. Comment les points de vue scientifiques ou professionnels diffèrent du mien, je suis bien embarrassé de le comprendre. J'ai simplement appelé l'attention sur ce fait que la question avait déjà été examinée par les membres de la Société de Chimie, particulièrement compétents et fortement intéressés, et que dix fois la somme que M. Whitehouse avait proposée avait été dépensée sans résultat. Offrir une somme comme celle qu'il indique serait une farce, puisque je sais qu'elle ne suffirait pas à payer les expériences préliminaires même avant que le travail pût être commencé.

« Il y a peut-être quelque sens dans la proposition si un fonds d'au moins 100 livres allait en résulter, et je suis, en ce qui me concerne, prêt à en donner ma part. Pour commencer, j'offre dès à présent 20 livres si M. Whitehouse et quarante-huit autres veulent verser la même somme, de manière à former un crédit préliminaire pour cet objet et, si cela n'est pas suffisant, j'en offre 20 autres aux mêmes conditions. Ce n'est peut-être pas là un point de vue scientifique ou professionnel, mais c'est certainement un point de vue pratique. Le question est de savoir si M. Whitehouse et les autres sont prêts à suivre mon exemple.

« Je ferai plus qu'eux tous en plaçant un compte rendu de mes insuccès entre les mains des expérimentateurs qu'on choisira et je donnerai toute mon aide à quelque moment que ce soit et avec tout appareil spécial. Qu'une obturation parfaite soit ou non trouvée, c'est là une question qui m'est tout à fait indifférente commercialement, et je suis tout disposé à être supplanté. Si M. Whitehouse réussit à préparer de meilleurs obturants que moi, je serai heureux de lui prêter tout mon concours ; et s'il veut me donner ses idées sur le côté professionnel de la question, je suis prêt à les accepter si je ne le suis pas pour le moment. »

Depuis ces articles j'ai renoncé à la lutte, abattu, malgré ma détermination de ne jamais l'abandonner avant d'avoir réussi.

Les expériences et l'espoir de succès furent graduellement diminués dans le cours des années et ramenés à un tout petit cercle, et les deux ou trois dernières années furent consacrées exclusivement à des combinaisons de phosphates d'étain avec divers composés d'alumine et de silice, le dernier et le plus près du succès étant une pâte neutre de phosphate d'étain mélangé avec une poudre contenant de l'alumine et de la silice avec une trace de chaux et de potasse, ces produits étant tirés chimiquement purs de leurs solutions, mélangés et fondus au rouge blanc dans un verre et réduits en poudre impalpable. Cela fait un ciment qui résiste à tous les dissolvants, acides et alcalis, de la même manière que du tissu osseux, vivant et sain, et leur offre une plus grande résistance que l'émail de la dent. C'était une copie si ressemblante de la dent naturelle qu'on nepouvait pas s'en

apercevoir, si ce n'est par l'examen le plus minutieux. Il surpassa tous les essais dans les dents naturelles pendant longtemps et cependant ne réussit pas du tout dans la bouche; pourquoi, je n'ai jamais pu le découvrir, mais cet insuccès m'a complètement décourragé.

Je crois encore que si l'obturation de l'avenir est jamais découverte, elle offrira une grande ressemblance dans sa composition à mon dernier effort, et c'est là la voie dans laquelle il faut continuer les recherches.

Pour terminer, je dois dire que les offres que je fis dans les deux articles ci-dessus du *British Journal of dental science* n'ont donné aucun résultat et n'ont provoqué aucune indication pratique. Si des offres subsistent pendant huit ans sans produire le moindre effet, il semble inutile de ma part de les renouveler, surtout puisque je ne suis pas maintenant en position d'entreprendre aucune recherche originale sur la matière.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

OUVRAGES PUBLIÉS EN FRANÇAIS

MAGITOT. — Considérations sur les kystes du maxillaire supérieue dans leurs rapports avec le sinus. (Masson, 1887.)

Observations sur une maladie analogue au scorbut observée chez certains reptiles. (Masson, 1887.)

MARTIN. — De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires. (Paris, Masson, 1889.)

OUVRAGES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

Furmansky (M. J.). — Ejednevnyi uchod za zubani. — Soins journaliers des dents. (Odessa, N. Chrisdegos).

Gorgas (Ferdinand J. P.). — Dental medicine : a manual of dental materia medica and therapeutics. — Médecine dentaire, Manuel de médecine et de thérapeutique. (Philadelphie, P. Blakiston. Son et C°).

Gorham (John). — Tooth extraction. A manual on the proper mode of extracting teeth, with a table exhibiting in parallel columns the names of all the teeth, the instruments required for their extraction and the most approved methods of using them. — Extraction des dents. Manuel de la meilleure méthode avec tableaux contenant les noms des dents, les instruments nécessaires pour les extraire et les meilleurs moyens de le faire (Londres, H. K. Lewis).

Troitzky (J. V.). — Vtoroe proriez. zubov, ili vychod perv. bol. Korenych. — Deuxième dentition ou éruption des premières molaires (Kieff, 1889).

Zanchevski (Basil). — K voprosu o patologo. Anatomicheskich izmienenijach pri otravlenii Kokainon. — Modifications pathologiques de l'empoisonnement par la cocaïne. (St-Pétersbourg, Dept Udielov)

Brandt (Ludwig). — Neue Obturatoren für congenitale und acquirirte Gaumendefecte, demonstrirt auf des Jahres. Versammlung deutscher Zahnärzte zu Hamburg am 24 april 1889. — Nouveaux obturateurs pour les défauts congénitaux et accidentels du palais, (Berlin, O. Dreyer).

Johnson (George). — An essay on asphyxia. — Essai sur l'asphyxie. (Londres, J. et A. Churchill).

Quinby (Henry Clay). — Finger training in dentisterie. — L'enseignement des doigts en dentisterie. (Liverpool, Gilbert et Walmsley).

Tedeschi (V.). — Commentari di pratica pediatrica. I. La dentizione. — Commentaires sur la médecine pratique. La dentition. (Trieste, F. H. Schimpff).

Feibe. — Ueber eine ungewohnliche Art von extra-genitaler. Infection. — Une espèce d'infection extra-génitale extraordinaire, (Berlin, 1889.)

Recent researches on symptomatic alveolo-arthritis. — Recherches récentes sur l'arthrite alvéolaire symptomatique (Londres, Harrison, and sons, 1887.)

RophmanPatho-histologie der Zahnpulpa. — Patho-histologie de la pulpe. (Stuttgart, Ferd. Enke, 1889.)

Miller. — Die Mikroorganismen der Mundhöhle. — Les microorganismes de la cavité buccale. (Thieme, Leipzig.)

Diehl. — Vergleichende Zusammenstellung der gebräuchlichen Anœsthetica. — Comparaison synoptique des Anesthésies usuelles. (Berlin, Gödecke et Gallinck.)

Dr Julius Scheff Junior. — Transplantation eines Kleinen Schneidezahnes. — Transplantation d'une petite incisive.

Second biennal report of the Vermont board of dental examiners. — Deuxième rapport biennal du conseil d'examinateurs dentaires de l'Etat de Vermont (septembre 1888.)

Announcement of the college of dentistry of the University of California for its 8 th. session. — Avis du collège de dentisterie de l'Université de Californie pour sa 8e session (du 4 février au 31 octobre 89).

Roth. — Klinische Terminologie mit einer sprachlichen Einführung. Erprobtes Vademecum fur Aerzte, Studirende der Medicin, Zahnärzte u. s. w. — Terminologie de la clinique avec introduction des termes. Vademecum indispensable aux médecins, étudiants en médecine, dentistes, etc. (Erlangen, Eduard Besold).

Tederoff. — Zuby i ich sochranenie. Publich lektsii. — Les dents et leur conservation. Conférences publiques (St-Pétersbourg, K. L. Ricker.)

Telschow. — Die heutige Ausbildung der deutschen Zahnärzte. — L'instruction actuelle des médecins dentistes allemands. (Berlin, Julius Bohne.)

PUBLICATION PÉRIODIQUES TRAVAUX ORIGINAUX

British Journal of dental science (Août 1889).

Ferrier. — On some relations of the fifth cranial nerve. — Relations du cinquième nerf cranien.

Cummings. — What filling shall we use ? — Quel obturant devons-nous employer ?

Impaction of foreign bodies in the larynx. — Pénétration de corps étrangers dans le larynx.

Porter. — Remarkable case of thumb-sucking. — Curieux cas de suçage du pouce.

Ingersoll. — The relations of the tooth-pulp to the other tooth tissues. — Relations de la pulpe dentaire avec les autres tissus dentaires.

(Septembre 1889.)

Ottley Atkinson. — Notes on nitrous oxyde. — Le protoxyde d'azote.

Harrison. — Why do fillings fail ? — Pourquoi des obturations échouent-elles ?

(Octobre 1889).

Dudley Wilmot Buxton. — An additional note on nitrous oxide administration. — Note additionnelle sur l'administration du protoxyde d'azote.

Wilson. — The combination of metals for filling teeth. — La combinaison des métaux pour les obturations des dents.

Harlan. — Escharotics and coagulants. — Escharotiques et coagulants.

Campbell. — Case of old standing fixation of the jaw. — Cas de constriction ancienne de la mâchoire.

Martindale. — Caries and necrosis in their relation to practical dentistry. — Caries et nécroses dans leurs relations avec la dentisterie pratique.

Journal of the British dental association (Septembre 1889).

Cruise. — The use of sulphuric ether as an anœthetic in dental operations. — Emploi de l'éther sulfurique comme anesthésique dans les opérations dentaires.

Bowman Macleod. — Chloroforme. — Le choroforme.

Hewitt. — On certain anœsthetic mixtures, with special references to those in use in dental surgery. — Quelques mélanges anesthésiques et particulièrement ceux en usage dans la chirurgie dentaire.

Dudley Wilmot Buxton. — On recent researches upon nitrous oxyde narcosis and their bearing upon the practical question when and how should laughing gas be administered. — Recherches récentes sur la narcose au protoxyde d'azote. Leurs rapports avec la question pratique ; quand et comment le gaz hilarant doit-il être administré ?

Harry Rose. — Contour vulcanite work. — Travail de contour à la vulcanite.

(octobre 1889).

Humphrey. — Evolution illustrated by teeth, being a comparison of the teeth of tertiary mammals with those of the present day. — Evolution d'après les dents avec une comparaison entre le ds ents des mammifères tertiaires et les mammifères actuels.

Reinhardt. — On working vulcanite. — Manipulation de la vulcanite.

Pedley. — Iodoform; its action and uses in dental surgery. — L'ooforme, son action et son emploi en chirurgie dentaire.

Brodwne-Mason. — Dental hygiene. — L'hygiène dentaire.

Skandinavisk tidskrift for tandläkre

Wesler. — Vara antiseptica. — Les antiseptiques.

Zahntechnische Reform (n° 123).

Reinhold. — Kleine Ratschläge. — Petits conseils.

(n° 9 1889).

Telschow. — Auch eine Wort über Schlafgas-Narcosen. — Un mot sur l'anesthésie au protoxyde d'azote.

Schmidt. — Ueber Reparaturen. — Les réparations.

Richard. — Zinn als Füllungsmaterial. — Le zinc comme matière d'obturation.

DIVERS

Lancet (27 avril).

Hewitt. — On the anæsthesia produced by the administration of mixtures of nitrous oxide and oxygen. — Anesthésie produite par un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène.

Chicago med. J. and Exam. (mars).

Andrews (Ed.). — Experiments to determine the antiseptic value of boric acide. — Recherches expérimentales sur la valeur antiseptique de l'acide borique.

Trans. of the Philadelphia county med. Soc. (23 janvier).

Bernardy. — Biniiodide of mercury ; its antiseptic use. — Le biiodure de mercure, ses usages antiseptiques.

Therap. gaz. (avril).

Bressler. — Atropine as a remedy for shock. — L'atropine comme remède pour les chocs.

Wiener med. Woch. (18).

Wölfler. — Zur toxischen Wirkung der cocaïn. — Effet toxique de la cocaïne.

NOUVELLES

Ou lit dans le *Monde Dentaire* :

Notre collaborateur, M. Claser, a failli être victime de son dévouement dans les circonstances suivantes.

Au moment où il allait prendre son repas, il entendit des cris désespérés partant de l'étage supérieur. Il gravit à la hâte l'escalier et, arrivé sur le palier, se trouva en présence d'un enfant entouré de flammes.

M. Claser s'empressa d'enlever les vêtements qui formaient comme un cercle de feu autour du corps de ce pauvre petit être ; mais, hélas ! ses efforts furent superflus, car l'enfant ne tarda pas à expirer au milieu d'atroces souffrances.

Quant à M. Claser, il eut les mains profondément brûlées, la chair des doigts était à vif et l'on craignit un moment qu'il perdît l'usage d'une main.

En adressant à notre sympathique collaborateur nos sincères élicitations pour l'acte de courage qu'il a accompli, nous sommes

heureux d'annoncer que tout danger a disparu et qu'il va pouvoir reprendre ses occupations.

Nous joignons nos félicitations à celles du *Monde Dentaire* et quand on pense que l'acte de dévouement de M. Glaser pouvait avoir pour conséquence la perte de l'usage de la main, on ne peut qu'être heureux qu'il n'en ait pas été ainsi pour notre courageux confrère.

L'Administration de l'Ecole Dentaire de Paris a reçu à plusieurs reprises des lettres anonymes d'un dentiste qui se dit D. E. D. P. L'administration ne peut accueillir et donner suite à des dénonciations non signées.

Conformément à la délibération prise, lors de la dernière session à Washington, dans la séance du 9 septembre 1887, le 10e Congrès médical international aura lieu à Berlin.

Le Congrès sera ouvert le 4 et sera clos le 9 août 1890.

Des communications détaillées du programme suivront sans délai ce premier avis, aussitôt que l'assemblée des délégués des facultés de médecine et des sociétés médicales allemandes, convoquée au 17 septembre à Heidelberg, aura pris une décision définitive à ce sujet.

En attendant, nous venons recourir à votre obligeance en vous priant de bien vouloir faire connaître dans vos cercles scientifiques le contenu de ce qui précède, et de leur transmettre en même temps, une invitation courtoise de notre part.

VON BERGMANN, VIRCHOW, WALDEYER.

Le bureau de l'Association dentaire Américaine pour 1889-90 est ainsi constitué : MM. Foster, de Baltimore, président ; Harian, de Chicago, et Patterson, de Kansas City, vice-présidents ; Cushing, de Chicago, secrétaire-rapporteur ; Lévy, de Baltimore, secrétaire ; Fuller, de Saint-Louis, trésorier.

La prochaine réunion de l'*American Dental Association* sera tenue à la station thermale d'Excelsior, près la ville de Kansas.

NECROLOGIE

Le Dr James Truman, doyen du Département Dentaire de l'Université de Pensylvanie, vient de mourir à l'âge de 63 ans. Fils de dentiste, il avait pratiqué pendant près d'un demi-siècle. Il occupait une place éminente aux Etats-Unis et avait l'honneur de diriger une des meilleures écoles dentaires que le monde possède. Il était président de l'Association Nationale des Facultés dentaires des Etats-Unis et président de la Société Odontologique de Pensylvanie.

Nous apprenons au dernier moment, la mort de l'épouse de notre sympathique confrère, M. Deschaux, enlevée à l'affection des siens à l'âge de 36 ans. Nous exprimons, à M. Deschaux, nos compliments de condoléance.

L'Odontologie est le journal dentairè français qui a le plus fort tirage.

Il contient tous les mois :

1° Des Travaux originaux, mémoires et articles d'origine française sur les sujets à l'ordre du jour des préoccupations professionnelles. Cette partie du journal fait connaître les leçons les plus interessantes professées à l'Ecole dentaire de Paris, les communications les plus importantes présentées à la Société d'Odontologie de Paris ;

2° Les Procès-verbaux détaillés de la Société d'Odontologie de Paris, permettant aux dentistes de suivre les discussions que suscitent les progrès de la science et de la technique, la présentation des nouveaux appareils;

3° Une Revue de l'Étranger où l'on fait connaître les travaux les plus intéressants publiés en Amérique, en Angleterre, en Allemagne. Le dentiste connaissant la langue française peut ainsi se tenir au courant de tout ce qui se fait d'important dans le monde, touchant la science et la pratique de l'Art dentaire ;

4° Une Chronique professionnelle traitant et discutant les intérêts généraux et particuliers des dentistes au point de vue de la loi et de la déontologie, ainsi que les résumés des procès-verbaux du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris ;

5° Une Revue thérapeutique relatant les recherches sur les nouvelles médications et les nouveaux médicamennts ;

6° Sous la rubrique de Miscellanea est inséré un résumé des travaux présontés aux Académies et Sociétés savantes, des articles publiés dans les journaux médicaux ou de sciences naturelles. Les faits secondaires y trouvent place. Les indications bibliographiques sont toujours données afin de permettre les recherches aux lecteurs que ces sujets intéressent ;

7° Une Bibliographie et un Index bibliographique international appréciant ou faisant connaître les principales publications sur l'art dentaire et les sciences connexes.

L'Odontologie est rédigée surtout au point de vue pratique : elle cherche à servir de guide et de conseil à ses lecteurs, et nous avons fait tous nos efforts pour en faire l'organe indispensable de tous les praticiens qui veulent connaître le progrès, y participer et défendre leurs intérêts en se tenant à l'avant-garde.

ION — ROGRÈ **ASSOCIATION GÉNÉRALE** · 1879-1890

DES DENTISTES DE FRANCE

Siège social : 57, rue Rochechouart et rue Turgot, 4 (Anciennement rue Richer, 23)

L'Association comprend : 1° l'Ecole et l'Hôpital dentaires de Paris (Société civile); 2° la Société d'Odontologie de Paris (Société scientifique); 3° la Chambre syndicale des dentistes (Syndicat professionnel) ; 4° la Caisse de pré voyance des dentistes; 5° le journal l'*Odontologie* (organe de l'association).

AVIS. — L'Association générale des Dentistes de France, fondée en 1879, réorganisée en 1884, a pris en main et poursuit avec un succès constant la défense des intérêts professionnels et la réforme morale et scientifique de l'art dentaire; elle comprend plus de trois cent cinquante membres.

Les Dentistes, Médecins ou Fournisseurs pour Dentistes, qui désirent faire partie de l'Association sont priés d adresser une demande appuyée par deux membres de la Société au *secrétaire général de l'Association*, **rue Rochechouart, 57.**

La cotisation est de *vingt francs* par an.

ÉCOLE ET HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Poinsot, président.
Wiesner ✿, vice-président.
R. Chauvin, —
Ronnet, trésorier. **Papot**, sous-trés.
Lemerle, cons. du Musée. **Prevel**, cons. adj.
E. Lecaudey, directeur de l'Ecole
Ch. Godon secrétre gén., Direc.-adj.
Tusseau, secrétre correspondant.
L. Thomas ✿, bibliothécaire.
P. Dubois, sous-bibliothécaire.

MEMBRES DU CONSEIL

A. Aubeau.	**Blocman.**	**F. Jean.**	**Kuhn.**
Barrié.	**A. Dugit.**	**Gardenat.**	**Pigis.**
Bioux.	**T. David.**	**Gravollet.**	**Ed. Prest.**

MEMBRES HONORAIRES

F. Billard. — P. Chrétien. — Debray. — Delsart. — Dugit, père. — **E. Pillett.**

CORPS ENSEIGNANT

PROFESSEURS :

A. Aubeau ✿, docteur en médecine.
G. Blocman, méd. de la Faculté de Paris, chir.-dent. D. E. D. P.
Faucher, dr en méd., ex-interne.
Isch-Wall dr en méd., ex-interne.
Pillette, chirurgien-dentiste.
Poinsot, chirurgien-dentiste.
L. Thomas ✿, doctr en médecine.
P. Marie, dr en méd. et ès sciences, pharmacien de 1r cl.
Serres, pr. de sciences à l'éc. J.-B. Say
Simonet, préparateur à l'Ecole supérieure de Pharmacie.

PROFESSEURS HONORAIRES

G. Deny, dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicetre.
Gérard ✿, dr ès-sciences, profess. à la Faculté de sciences de Lyon.
Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, rédacteur en chef du *Bulletin médical*.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS :

R. Chauvin, P. Dubois, Gillard, Ch. Godon, chir.-dentistes D.E.D.P.
Heide, Lemerle, Ronnet, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

CHEFS DE CLINIQUE

L. Bioux. F. Jean. M. Lagrange, Legret, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.
L. Meng, Papot, Prevel, Tusseau, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

DÉMONSTRATEURS :

De Lemos, Giret, Horay, Denis, Levrier, Martin, M. Roy, Willer, Fournier, Barrié. Ed. Prest. chirurgiens-dentistes D. E D. P.

CHEF DU LABORATOIRE DE PROTHÈSE

Gravollet, chirugien-dentiste, D. E D. P.

TABLE DES MATIÈRES POUR DÉCEMBRE 1889

SOMMAIRE DU DERNIER NUMÉRO :

Vol. 9. Paris, Décembre 1889 N° 12.

L'ODONTOLOGIE

DE L'ANTISEPTIE DU MATÉRIEL OPÉRATOIRE EN CHIRURGIE DENTAIRE

par Ch. Godon.

Le Conseil d'hygiène du département de la Seine s'est, dans ses deux dernières séances, occupé des dentistes.

M. le docteur Lanceraux, chargé de faire un rapport sur les mesures à prendre contre la transmission aux enfants des écoles de maladies contagieuses du cuir chevelu par l'usage des peignes et des brosses, a cru devoir examiner, en même temps, les possibilités de transmission des mêmes maladies par les coiffeurs dans leur clientèle privée. En même temps aussi, poussant sa sollicitude jusqu'au bout, il s'est occupé des maladies contagieuses que peuvent transmettre les dentistes par leurs instruments.

Comme le lui ont fait observer ses collègues du Comité, cette assimilation de deux professions dissemblables n'était pas absolument indiquée en la circonstance.

On aurait pu être disposé à la croire intentionnellement malveillante, en voyant qu'elle a été le prétexte, à la séance suivante de l'Académie de médecine, d'une intervention, cette fois franchement hostile, de M. le docteur Magitot, dont on connaît, du reste, les sentiments à l'égard de ce corps professsionnel auquel il doit et sa fortune et sa situation scientifique.

Mais, plus probablement, M. le docteur Lanceraux s'est laissé entraîner par des réminiscences historiques en se rappelant que barbiers et chirurgiens luttèrent, au quinzième siècle d'influence et de préséance.

Les temps sont pourtant bien changés pour ses collègues les chirurgiens, mais aussi, qu'il me permette de le lui rappeler, pour les dentistes, et il eût évité cet anachronisme scientifique si'l s'était, au préalable, mis un peu au courant des progrès réa-

lisés en France, depuis dix ans, dans la pratique et le mode d'instruction professionnelle de l'art dentaire.

M. le docteur Lanceraux, dans le rapport en question, accuse les dentistes d'être des agents de transmission de la syphilis et de la tuberculose.

Sans nier la possibilité de contamination par les instruments de dentiste (contamination possible également par les instruments dont se servent tous les médecins, chirurgiens, tous les spécialistes auristes, oculistes, laryngologistes, etc., maîtres de bains, pédicures, tous ceux, en un mot, qui emploient des instruments sans les nettoyer d'une façon suffisante, nous constaterons combien, la contamination étant rare, le reproche est exagéré et de nature à émouvoir, sans motif suffisant, l'opinion publique.

En effet, quant à la tuberculose, il y a là une hypothèse gratuite et dont les preuves scientifiques font défaut, comme le lui a fait remarquer M. Dujardin-Beaumetz.

Pour la syphilis, un seul cas, à notre connaissance, à été publié.

Il a paru, il y a quelques années, dans des publications suisses.

Il s'agissait de l'innoculation de la syphilis à l'aide du miroir à bouche. M. le Dr Lanceraux en ajoute un second dû à la pratique d'un dentiste de Paris, très connu, paraît-il; sans vouloir discuter ici l'authenticité ni la valeur de ce fait, nous ferons observer que, si la statistique n'a à son service que ces deux faits, la transmission des maladies contagieuses par les instruments de dentiste se trouve réduite à l'importance d'un accident exceptionnel.

S'ensuit-il que le danger ainsi limité n'existe pas, qu'il ne faille prendre aucune précaution.

Ce n'est ni notre avis, ni celui de tous nos confrères, ni le vôtre, messieurs.

Nous n'avons pas attendu que M. le Dr Lanceraux jetât ce cri d'alarme pour prendre chacun les précautions les plus grandes dans notre pratique personnelle.

Je dirai même qu'il y a là, pour le dentiste, une condition première de succès et que la clientèle suffit à la lui imposer.

Dans nos règlements, à l'École Dentaire de Paris, dans nos

leçons à la Clinique, les recommandations les plus minutieuses sont faites à ce sujet aux élèves.

Il y a deux ans environ, parmi les questions de dissertation données aux élèves à l'examen général, figurait l'antiseptie du matériel opératoire en chirurgie dentaire.

Je me souviens avoir eu a interroger l'élève à qui cette question était échue et la manière dont il l'avait traitée montrait combien elle lui était familière.

Enfin, en dehors des articles publiés sur ce sujet par l'*Odotonlogie*, un de nos sympathique professeurs, M. P. Dubois, dans un ouvrage publié au début de l'année, sur la Carie Dentaire et son traitement, et qui résume si bien notre enseignement revient à plusieurs reprises sur cette importante question.

Il résulte donc de ce qui précède que non seulement le danger signalé ne se produit qu'*exceptionnellement* mais que tous nos élèves, tous nos diplomés, tous nos confrères connaissent les mesures à prendre pour l'éviter. Ceux qui ne les pratiquent pas font preuve d'une négligence coupable. Ils encourent de graves responsabilités dont les victimes, et en cela je m'associe au rapporteur, pourront légitimement leur demander compte, — ce qui serait d'autant plus facile, que nullement couverts par l'immunité médicale, subissant la loi commune à toutes les professions, ils sont toujours judiciairement responsables des dommages qu'ils causent à leurs semblables.

Comme vous le voyez, la question aurait pu ne pas prendre le temps précieux de notre Conseil d'hygiène et de son rapporteur, mais, puisqu'on a cru nécessaire de la mettre pour ainsi dire à l'ordre du jour de l'opinion publique, nous devons, nous qui y sommes directement intéressés, l'examiner ensemble en réunion de la Société d'Odontologie de Paris.

La contagion est-elle possible pendant les différentes opérations que le dentiste est amené à faire dans la bouche. Partout où il y a plaie, il y a possibilité d'introduction de germe infectieux, de microbe pathogène. Donc, dans tous les cas où le dentiste est amené à provoquer une plaie ou à opérer lorsqu'elle existe, dans les cas d'extraction par exemple, il peut transmettre une affection contagieuse.

Mais aussi la possibilité de transmission sera difficile et pour ainsi dire nulle pendant les opérations de restaurations partielles ou totales des dents (obturations, aurifications, dents artifi-

cielles, etc.), lorsqu'il n'y aura pas atteinte des parties molles, ce qui est presque la règle — Or, ces dernières opérations constituent actuellement l'occupation presque constante du dentiste moderne. C'est donc très probablement à ce fait, autant qu'à l'aseptie particulière de la cavité buccale que l'on doit la rareté des cas de contamination observée dans la pratique de la chirurgie dentaire. Nous avons dit que la contagion nous paraissait plus possible dans les cas d'extraction, c'est donc sur les instruments servant pendant des opérations qu'il faudra faire porter plus spécialement nos soins, c'est-à-dire daviers, aiguilles et seringues à cocaine, bistouri, miroirs à bouche, limes ou meules à racines, etc.

Quels moyens avons-nous à notre disposition ?

Parmi toute la série des principaux antiseptiques il y a certainement à faire un choix.

L'eau bouillante est difficilement applicable pour tous les cas et pour tous les instruments et souvent insuffisante — insuffisante aussi souvent la solution boriquée — l'acide phénique a contre lui son odeur particulière, le sublimé noircit nos instruments en acier, le flambage en compromet la trempe. Pourtant malgré leurs inconvénients, c'est à ces principaux agents seuls ou combinés que nous demandons actuellement la désinfection de nos instruments.

En dehors des instruments que nous venons d'indiquer le dentiste peut encore être un agent de transmission de germe par ses mains, ce qu'il évite par un lavage soigneux après chaque opération, dans une solution antiseptique. La têtière peut également aider à transmettre certaines affections du cuir chevelu. C'est peut-être à cause de cela que le rapporteur du Conseil d'hygiéne a voulu nous assimiler aux coiffeurs.

C'est pourquoi aussi chacun de nous garnit la têtière de petites serviettes changées après chaque patient. Je ne parle pas de nos crachoirs. Ils peuvent être difficilement incriminés par suite des différents pansements antiseptiques dont ils servent toute la journée le réceptable après leur emploi sur les dents et des liquides alcoolisés qui servent aux lavages répétés de la bouche des malades.

Il semble donc que l'antiseptie du matériel opératoire du dentiste peut se réduire à quelques précautions faciles à prendre.

Les multiples précautions prises dans les hôpitaux, dans certains services de chirurgie, trouvent leur explication dans les nombreux accidents post-opérateurs dont les opérations sont suivies.

Pour notre pratique, elles n'auraient pas, comme je viens de le démontrer, la même explication. Du reste elles risqueraient de ne pas être acceptées par la clientèle, ni mises en pratique par l'opérateur.

Je réclamerai pourtant avant de terminer une mesure exceptionnelle pour les syphilitiques, c'est-à-dire, comme le font certains spécialistes, l'usage d'une trousse spéciale, au moins pour les instruments suivants : miroir à bouche, seringue à cocaïne, bistouri.

Voyez, messieurs, que l'examen de cette question nous a permis de constater combien les craintes de M. le Dr Lanceraux étaient au moins exagérées. Pourtant, afin de le rassurer complètement ainsi que le public qui vient réclamer nos soins, je vous demande de nommer une commission spéciale chargée de nous présenter à la séance prochaine un rapport sur les meilleurs procédés, dans l'état actuel de nos connaissances, de l'antiseptie du matériel opératoire employé en chirurgie dentaire.

DE LA DÉSINFECTION DES INSTRUMENTS EMPLOYÉS EN CHIRURGIE DENTAIRE

Rapport présenté à la Société d'Odontologie au nom de la Commission nommée en séance du mardi 5 novembre 1889,

(Membres de la Commission : MM. Dubois, Gillard, Godon, Poinsot, Roy.)

Par M. Roy, rapporteur

La Commission que vous avez nommée dans votre dernière séance, dans le but de rechercher les meilleures mesures antiseptiques à prendre par les dentistes pour éviter la transmission d'affections contagieuses, a tenu deux séances présidées par M. Dubois, président de la Société. Dans sa première séance, la Commission, après m'avoir choisi pour son rapporteur, a discuté les bases du rapport à déposer sur le bureau de la Société ; dans la seconde, elle a, après lecture, adopté le rapport dont je vais

avoir l'honneur de vous donner lecture et dont elle vous soumet les conclusions.

M. le préfet de police avait chargé M. Lancereaux de faire au Conseil d'hygiène du département de la Seine un rapport sur les mesures à prendre contre la propagation des affections contagieuses par les peignes, rasoirs et autres objets. M. Lancereaux présenta son rapport, et, en même temps qu'il s'occupait des coiffeurs il attaqua les dentistes, leur reprochant d'avoir transmis la syphilis et la tuberculose, faute par eux de s'entourer de précautions antiseptiques qu'il invitait le Conseil d'hygiène à leur prescrire.

Celui-ci, trouvant la question trop importante pour être étudiée incidemmment, émit le vœu que M. le rapporteur fût chargé de préparer une instruction spéciale indiquant aux dentistes les mesures de désinfection auxquelles doivent être soumis les instruments dont ils se servent (1).

C'est alors que, ayant eu connaissance de ces faits, M. Godon, vivement ému des attaques auxquelles étaient en butte les dentistes, fit, à la Société d'Odontologie, la communication que vous avez entendue dans la dernière séance, et dans laquelle il s'attachait à démontrer que nous nous étions occupés de la question bien avant le Conseil d'hygiène et où il demandait la nomination d'une Commission pour rechercher les mesures les plus pratiques et les plus efficaces à indiquer aux dentistes.

Depuis, une nouvelle attaque s'est produite : à l'Académie de médecine ; dans la séance du 5 novembre, M. Lancereaux fit une communication au sujet de deux cas de transmission de la syphilis par le fait d'instruments malpropres : dans le premier cas, c'est à la suite du cathétérisme de la trompe d'Eustache, dans le second à la suite de l'extraction de racines de dents antérieures. M. Lancereaux constata que chez ces deux malades les manifestations de la syphilis furent particulièrement graves.

Il cita encore un fait de transmission de syphilis par un barbier et il dit en terminant : « ..... Je me demande s'il n'y aurait pas « lieu de veiller à ce qu'il existe chez chacun d'eux (barbiers et « dentistes) des solutions désinfectantes, et surtout à ce qu'ils en « fassent usage. » (2)

M. Magitot, ne voulant pas laisser échapper une si bonne occasion de prouver sa sympathie pour ses confrères, s'empressa de s'associer aux considérations qui venaient d'être présentées, insistant sur les *précautions extrêmes* qu'il convient d'exiger des dentistes dans la pratique des opérations qui s'effectuent dans la bouche : « Il faut, dit-il, que cette pratique soit soumise à la *plus rigoureuse antiseptie.* »

---

(1) Bulletin municipal, 15 octobre, 27 octobre, 15 novembre.

(2) Bulletin de l'Académie de médecine, 2e série, tome XXII, n° 44.

Etant donné ces différentes attaques, on serait en droit de se demander si ce ne sont pas là des manifestations d'un mouvement, suscité par quelques personnalités, tendant à faire tenir en suspicion par le public les dentistes non pourvus de titres médicaux. J'aurai du reste à revenir sur ce point.

Cependant les accusations auxquelles nous sommes en butte ne sont rien moins que justifiées; car, bien différents en cela de certain chirurgien réfractaire au, progrès qui se fait un titre de gloire d'avoir conservé le pansement sale, les dentistes ont, des premiers, mis en pratique les règles de l'antiseptie ; tout le traitement des dents et en particulier des caries du 3[e] et 4[e] degré est basé sur cette méthode, et chose digne de remarque, à part quelques-uns qui sont des caustiques, tous les médicaments que nous employons sont des antiseptiques. Et même avant les travaux qui ont illustré Pasteur, les dentistes faisaient, sans s'en douter il est vrai, de l'antiseptie dans les soins qu'ils donnaient aux dents. N'était-ce pas de l'antiseptie, d'une façon relative bien entendu, mais enfin de l'antisepsie, que le fait de nettoyer et boucher une carie pour la mettre à l'abri des produits de décomposition qui se forment dans la bouche (1) ? de boucher le ou les canaux d'une dent après en avoir retiré le ou les nerfs ?

En ce qui concerne particulièrement la désinfection des instruments pour nous occuper de la question, avons-nous attendu les communications de M. Lancereaux, et, de la part de M. Magitot, des recommandations dont nous pouvons, à bon droit, suspecter le motif? Vous avez pu vous rendre compte, par ce qui a été dit à ce sujet dans notre dernière réunion, que, ainsi que l'a fait observer M. Godon, nous prenions tous des mesures pour éviter la contagion par le fait de notre instrumentation et de nos manœuvres opératoires. Il est juste d'ajouter que toutes ces mesures n'ont pas la même valeur et c'est là ce qui justifie le rôle de la commission : rechercher les meilleurs moyens à employer.

N'avons-nous pas eu des communications à ce sujet, celle de M. Poinsot, par exemple sur les mesures à prendre pour éviter la transmission de la tuberculose par les crachoirs (2)? nos livres professionnels ne traitent-ils pas la question (3)? Parcourez notre journal l'*Odontologie* et voyez les études qui y sont publiées sur les antiseptiques (4), leur valeur respective (5), les mesures antiseptiques à prendre dans l'extraction des dents (6), etc., etc.

---

(1) Voir Regnart. « Recherches sur la carie dentaire » 1838.
(2) « Odontologie ». Janvier 1888.
(3) Voir entre autres : « Aide-mémoire du Chirurgien-dentiste ». P. Dubois 1889.
(4) « Odontologie », page 176 1889.
(5) Id. page 373, 1889.
(6) Id. page 85, 1889.

Est-ce là le fait de gens qui, faute de soins, transmettraient journellement les affections les plus dangereuses ?

Sans doute, certains dentistes peu soigneux ont pu prêter le flanc aux accusations formulées contre la corporation tout entière ; mais, pour nous jeter la pierre, le corps médical n'a-t-il donc pas parmi ses membres des praticiens que l'on pourrait, bien mieux que les dentistes, accuser de ne pas mettre l'antiseptie en pratique ou de transmettre des affections contagieuses? Sans rappeler le chirurgien dont je parlais tout à l'heure au point de vue antiseptique et que je n'ai cité qu'à cause de sa notoriété, que voyons-nous dans les deux observations communiquées à l'Académie ? dans une première c'est la transmission de la syphilis à la suite du cathétérisme de la trompe d'Eustache. Qui a pratiqué cette opération ? ce n'est cependant pas un dentiste ; ce n'était pas un dentiste non plus ce médecin auriste dont parlait l'autre jour M. Dubois et qui occasionna, en 1864-1865, une petite épidémie de syphilis dans sa clientèle.

Pourquoi réserver les attaques les plus vives pour le corps des dentistes et ne faire aux médecins que des recommandations légères ? Je sais bien qu'il reste l'observation de ce dentiste transmettant la syphilis en pratiquant l'extraction de dents, mais encore M. Lancereaux se borne à nous dire que c'est un des dentistes les plus en renom de la capitale; ce dentiste n'est-il pas médecin ? Il aurait été intéressant d'être éclairé sur ce point, nous savons que les médecins dentistes n'ont pas le privilège des soins de propreté. Et quand bien même ce serait un simple dentiste, je crois que la balance n'est pas égale entre les cas à notre actif et ceux reprochés à des médecins : on n'est cependant pas d'une tendresse exagérée pour les dentistes et si l'on avait des cas plus nombreux, on ne se ferait pas scrupule de les produire.

On peut se demander enfin, si l'on mettait davantage en pratique le régime des revendications que demande M. Lancereaux, qui des médecins ou des dentistes auraient le plus à se plaindre, pour ma part, je crois que ce ne seraient pas ces derniers.

Mais de tout ceci un fait se détache, tout en faisant la part des exagérations voulues ou non, et ce fait, nous le connaissons tous, c'est que la transmission de certaines maladies infectieuses est possible par le fait de notre instrumentation et de nos manœuvres opératoires. Nous n'avons pas à rechercher quelles sont ces affections, d'autant plus que nous risquerions de soulever bien des controverses : c'est ainsi que, au conseil d'hygiène, M Dujardin-Beaumetz, contrairement à l'avis du rapporteur, a émis l'avis que la transmission de la tuberculose par les instruments du dentiste n'était pas démontrée, ajoutant de plus qu'il n'y croyait pas ; le seul point intéressant c'est que la contagion est possible, il convient donc de rechercher les moyens de l'éviter.

Comme je le disais au début de mon rapport, M. Lancereaux a été chargé par ses collègues de préparer une instruction sur les mesures à indiquer aux dentistes. Devons-nous donc attendre la teneur de ce document et nous en tenir aux précautions que l'on nous y prescrira ? Nous ne le croyons pas ; d'abord il importait de prouver que nous nous étions occupés de la question avant le conseil d'hygiène ; de plus, les médecins, connaissant mal la question à notre point de vue spécial, ne peuvent nous indiquer que des mesures impraticables ou insuffisantes : voyons par exemple ce que voudrait voir prescrire M. Magitot qui, lui, doit être éclairé à ce sujet :

« L'antiseptie de la bouche, c'est-à-dire l'antiseptie de l'opéré, « de l'opérateur et des instruments, doit être d'une rigueur *toute* « *particulière*, et c'est ici que s'impose l'emploi de l'antiseptique « par excellence, *le sublimé*. Ainsi devront être traitées les plaies « buccales et les mains des opérateurs ; quant aux instruments, « c'est l'antiseptie phéniquée ordinaire » (1).

Nous doutons fort que M. Magitot emploie dans sa pratique les moyens qu'il indique à l'Académie, nous pensons qu'il y aurait trouvé quelque inconvénient. Eh, mon Dieu ! il ne s'agit pas de faire une amputation ou d'ouvrir un péritoine, il s'agit de soigner une dent, et nous ne croyons pas qu'on ait à rechercher là une réunion par première intention.

Il serait peut-être logique de rechercher la raison de cette prescription dans le fait bien connu de tous que M. Magitot voudrait rendre impossible l'exercice de l'art dentaire aux dentistes non médecins. Il dit en effet :

« ...L'emploi du sublimé comme antiseptique rencontrera « dans ses applications aux dentistes, qui sont pour la plupart « dépourvus de toute garantie médicale, les mêmes objections, « *plus sérieuses même*, que chez les sages-femmes, auxquelles « un de nos collègues proposait d'interdire l'emploi de cet agent « chez les femmes enceintes. » (2)

Ce qui ne l'empêche pas d'ajouter aussitôt :

« Quoi qu'il en soit, cette nécessité s'impose dans la chirurgie « de la bouche, autant et *plus encore* que dans toute autre pra- « tique chirurgicale. » (3)

D'où conséquence forcée, ainsi que je le disais plus haut, exercice de l'art dentaire réservé aux médecins.

Il faut tout d'abord établir un point : nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire, pour les opérations que nous avons à pratiquer, de rechercher l'antiseptie absolue. Nous savons tous, en effet,

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, tome XXII, n° 44.
(2) — — — — —
(3) — — — — —

combien guérissent facilement les plaies même assez étendues de la bouche. Les chirurgiens, dans des opérations bien autrement graves que l'extraction d'une dent, dans une résection du maxillaire par exemple, s'occupent de panser la plaie extérieure, laissant celle de la cavité buccale sans pansement et se bornant à des lavages boriqués.

Ce que nous devons rechercher surtout, c'est d'éviter la transmission d'affections contagieuses et, en même temps, obtenir une antiseptie relative bien certains que notre manuel opératoire ne peut comporter l'antiseptie absolue.

Nous avons considéré qu'il y avait des mesures à prendre : pour le dentiste, le crachoir, les instruments, le milieu opératoire, et nous avons ensuite recherché le ou les antiseptiques que nous pensions devoir être préférés dans chacun de ces cas, préoccupés de ne pas trop multiplier les mesures à prendre tout en indiquant des moyens efficaces.

Au point de vue de l'opérateur lui-même il n'y a qu'une seule chose à considérer. C'est l'antiseptie de ses mains qui se trouvent en contact avec la salive et le sang des malades. Les mains, après chaque opération, doivent être soigneusement nettoyées et aseptisées, ce qui peut être obtenu. soit par un lavage avec un savon antiseptique, soit, après un lavage au savon ordinaire, par l'emploi de l'eau boriquée à 40/0, solution qui n'attaque pas les mains et nous paraît suffisante.

Pour le crachoir, M. Poinsot a proposé, pour éviter la transmission de la tuberculose par les chachats des phtisiques, d'employer des crachoirs de verre faciles à nettoyer ; c'est une bonne mesure, on peut également y mettre une solution antiseptique, acide phénique par exemple ; mais on ne doit pas oublier que, pour que la transmission de la tuberculose puisse se faire, il faut que les crachats soient desséchés, condition qui ne se rencontre pas chez nous.

J'arrive enfin à la question la plus importante, la désinfection des instruments.

Les moyens antiseptiques étant nombreux, nous n'avons eu que l'embarras du choix ; je vais vous indiquer ceux que nous croyons les meilleurs pour notre pratique, tout en vous signalant, s'il y a lieu, leurs inconvénients.

En tête vient la chaleur avec les diverses manières de l'appliquer : tout d'abord le flambage, d'un emploi facile, applicable à beaucoup d'instruments, mais qui a un inconvénient dans la difficulté de régler la température ; il faut chauffer suffisamment pour détruire les germes mais ne pas détremper nos instruments pour la plupart en acier et d'un très petit diamètre, comme les sondes à canaux par exemple. Nous avons ensuite l'eau bouillante, la vapeur d'eau, la chaleur sèche ; les deux premiers moyens sont incontestablement supérieurs au troisième, car des expériences sérieuses ont prouvé que tous les ferments ne

sont pas détruits, même par une température de 150° (chaleur sèche) pendant deux heures, tandis que rien ne résiste à un séjour de quelques minutes dans l'eau bouillante ou dans la vapeur d'eau à 108° (1).

En tête des solutions antiseptiques vient le sublimé ou bichlorure de mercure. C'est le meilleur de tous les antiseptiques connus, mais il a un inconvénient qui a empêché les chirurgiens de l'employer pour leurs instruments, c'est qu'il les noircit ; ceci nous oblige à l'éliminer nous aussi. Nous donnons notre préférence à la solution de thymol ou acide thymique (2) qui, comme valeur antiseptique, vient en première ligne après le sublimé et n'a aucun des inconvénients de celui-ci. On peut employer pour certains instruments la vaseline thymiquée (3).

L'eau boriquée est un excellent produit, mais dans le cas actuel elle serait insuffisante.

L'eau phéniquée à 5 0/0 a contre elle sa mauvaise odeur et elle n'a pas la valeur de l'eau thymiquée ; elle est à celle-ci comme 22 : 109 (4).

Nous divisons les instruments en deux catégories : les instruments non articulés, rugines, bistouris, fraises, etc. ; les instruments articulés, daviers, pinces et instruments similaires. Tous les antiseptiques que je viens d'énumérer peuvent être employés pour les instruments non articulés ; quant aux instruments articulés, l'emploi d'antiseptiques en solution aqueuse pourrait avoir des inconvénients. C'est pourquoi nous indiquerons pour eux le flambage, qui, étant donnée leur grosseur, n'a pas les mêmes inconvénients que pour les petits instruments pour lesquels il est absolument contre-indiqué de s'en servir ; l'huile de vaseline thymiquée a tous les avantages des solutions aqueuses sans en avoir dans ce cas les désavantages. C'est pourquoi nous la recommandons également.

Au point de vue antiseptique, un instrument mérite une mention spéciale, c'est la seringue à cocaïne : chaque fois qu'elle aura servi elle sera soigneusement nettoyée à l'eau pure d'abord, puis à l'eau thymiquée; quant aux aiguilles, elles seront nettoyées à la même solution après chaque usage et flambées au moment de s'en servir.

Il nous reste à examiner la question pour une dernière chose, le milieu opératoire : nous ne voulons pas examiner les antiseptiques employés dans le traitement des dents, cela étant du ressort de la dentisterie opératoire ; nous dirons seulement que nous engageons, après l'extraction d'une dent, à faire laver la bouche de l'opéré avec de l'eau boriquée, et, dans le cas de

---

(1) Vallin et Girardin. Art. Désinfectants, Dict. des Sc. méd.

(2) Ac. thymique 4, alcool 100, eau 900.

(3) Huile de vaseline 100, acide thymique 4.

(4) Jalan de la Croix, cité par Vallin : *Traité des désinfectants*, p. 100.

plaies nécessitant des lavages antiseptiques, l'eau boriquée ou thymiquée nous paraît devoir très bien remplir le but.

Messieurs, me voici arrivé au bout de ma tâche. La Commission dont je suis l'interprète a fait tous ses efforts pour remplir d'une façon satisfaisante le mandat que vous lui avez confié ; elle espère que vous voudrez bien adopter son rapport et voter les conclusions suivantes :

La Société d'Odontologie de Paris, réunie en séance le 3 décembre 1889, approuvant le rapport présenté par M. Roy, au nom de la Commission de désinfection des instruments, sur les mesures à prendre pour éviter la transmission des affections contagieuses, engage les dentistes à mettre en pratique les conseils donnés dans ledit rapport :

Pour les mains l'eau boriquée ;

Pour les instruments, l'eau thymiquée, l'eau bouillante, le flambage, l'huile de vaseline thymiquée.

Pour la bouche, l'eau boriquée ou thymiquée.

LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES DENTISTES

Par M. D. Beauregard.

Avec une sollicitude que nous ne saurons trop reconnaître, puisqu'elle intéresse la santé publique, le conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine a, sur la lecture du rapport, présenté par un de ses membres les plus autorisés, M. le Dr Lanceraux, adopté les conclusions de ce dernier sur les soins que doivent prendre de leurs instruments les coiffeurs... et les dentistes.

En ce qui concerne nos modernes Figaros, nous n'avons pas à nous occuper de leurs agissements, et ce n'est pas sans un semblant de raison que la commission d'hygiène se préoccupe des soins qu'ils doivent ou devraient avoir pour les rasoirs, peignes, brosses américaines ou non; je ne les crois pas, en effet, au courant des précautions antiseptiques en usage dans tous nos hôpitaux; mais, sans prétention, il est cruel de voir les dentistes, praticiens modestes mais généralement éclairés et au courant des progrès de l'antiseptie moderne, il est cruel, je le répète, pour ces derniers, de se voir suspectés de ne pas prendre seulement des précautions de la propreté la plus élémentaire.

Nous ne prétendons pas que jamais il n'y a eu d'accidents causés par l'emploi d'instruments contaminés, mais parmi les milliers de personnes passant annuellement entre les mains des

coiffeurs de Paris, combien en est-il qui aient contracté les germes d'une affection du derme ou du cuir chevelu ? Le fait est une exception qui est loin d'en confirmer la règle ; et la commission d'hygiène, par l'organe de son honorable rapporteur, ne cite aucun chiffre.

Pour les dentistes, la question se porte sur un autre terrain ; en effet, depuis quelques années surtout, le public ne s'adresse pas à des empiriques, improvisés dentistes par la grâce de leur davier ; nous avons aujourd'hui l'enseignement de nos écoles, et je saisis cette occasion pour rendre hommage à la mémoire de notre regretté professeur, M. le Dr Deletre, qui, le premier, fonda des cours pour les jeunes dentistes à l'ancien parvis de l'Hôtel-Dieu et ensuite à la Charité, et il y a de cela vingt ans, Eh bien, songez que, depuis cette époque, nous avons fondé nos hôpitaux de la rue Rochechouart et de la rue de l'Abbaye et, tous les ans, sortent de nos écoles de jeunes dentistes ayant suivi des cours sérieux où l'antiseptie, je vous prie de le croire, n'est pas négligée, et dans lesquels le public peut avoir une confiance justement méritée. C'est grâce à l'étude des travaux de nos maîtres que nous connaissons et employons journellement, pour le lavage de nos instruments, le sublimé et l'acide borique et, personnellement, nous avons fait confectionner des instruments en platine qui sont non seulement lavés, mais rougis à blanc avant que nous nous en servions d'un patient à un autre, et je ne parle pas là d'un fait exceptionnel ; jamais, je crois pouvoir l'affirmer, chez un dentiste digne de ce nom, un instrument n'est porté d'une bouche à une autre sans avoir été préalablement sinon rougi, comme je le disais plus haut, tout au moins flambé sur une lampe à alcool. Nuos médicaments les plus usités sont : l'acide phénique, la teinture d'iode, l'acide borique, la vaseline, l'iodoforme ; autant d'antiseptiques, comme vous le voyez ; et, pour terminer, je ne parlerai que pour la forme des lavages réitérés de nos mains, passant d'un sujet à un autre, c'est de la vulgaire propreté.

Il ne nous reste plus, en terminant, qu'à nous excuser auprès de MM. les membres de la Commission d'hygiène de nous être permis d'élever la voix, mais il y allait de notre honneur de faire tout notre possible pour leur affirmer que soucieux, tout comme eux, de la santé publique, nous ne négligeons, de notre côté, aucune des précautions actuellement en usage pour éviter la propagation d'affections contagieuses.

D. Beauregard.

—

DEUX NOUVEAUX CAS DE GREFFE DENTAIRE

REIMPLANTATION DE DEUX DENTS CONTIGUES

Par M. Chauvin.

Communication a la Société d'Odontologie.

Séance du 8 octobre.

Mme Chambon, institutrice à Avallon, s'est présentée chez moi au mois de juillet 1888, envoyée par le Dr Bérillon. A la suite d'une chute et d'un violent choc sur les deux incisives centrales inférieures, une fistule s'était établie à la symphise du menton et suppurait depuis 1886.

Le diagnostic n'avait pu être établi d'une façon certaine, à cette époque, par un médecin à qui elle avait demandé conseil et celui-ci, pensant qu'il y avait urgence à pratiquer une opération chirurgicale, l'avait adressée au professeur L... Ce chirurgien supposa que le traumatisme avait amené une ostéite et une périostite consécutives.

Il pratiqua largement l'ouverture de l'abcès et rugina l'os très profondément. La fistule ne s'oblitéra pas après cette opération.

Cette dame, fort ennuyée de la persistance de l'écoulement, se décida à une deuxième opération qui eu le même résultat. L'année dernière se trouvant, pour autre chose, en consultation chez le Dr Bérillon, elle eut l'idée de lui demander conseil au sujet de cette fistule. Le docteur pensa qu'elle était peut-être d'origine dentaire et m'adressa sa malade.

Les deux incisives centrales présentaient tous les caractères des dents à pulpe morte, et je n'hésitai pas dans mon diagnostic. J'affirmai que, les dents extraites, la fistulese fermerait d'elle-même et qu'il serait peut-être possible, pour éviter un appareil de faire la réimplantation.

Le temps manquait à Mme Chambon ; de plus, l'opération ne laissait pas que de l'effrayer un peu.

Le 14 septembre de cette année, après rendez-vous pris, l'opération étant décidée depuis plusieurs jours, je procédai à l'avulsion des deux dents, car il était impossible d'incriminer l'une plutôt que l'autre. La trépanation me révéla que l'incisive droite seule était infectée. La résorption de l'extrémité de la racine

était peu accentuée. La pulpe de l'incisive gauche était morte, mais non encore en décomposition. La sonde traversait facilement de l'orifice mentonnier de la fistule dans l'alvéole de l'incisive droite. Les deux dents furent trépanées, les débris mortifiés, enlevés et l'antiseptie soigneusement faite ainsi que la résection des extrémités apicales. Le trajet fistuleux fut lavé avec l'eau phéniquée à 5 0/0 et fut traversé complètement par une mèche trempée dans la glycérine iodoformée. Après l'obturation des racines des cavités pulpaires et des ouvertures faites pour la trépanation, c'est-à-dire deux heures après les extractions, les deux dents furent réimplantées et maintenues en place par un appareil contentif.

Dès le lendemain, la suppuration avait considérablement diminué, mais elle persista encore pendant quatre jours, quoique peu abondante.

Le cinquième jour, la pression digitale ne faisait pas sortir la plus légère quantité de pus. La malade resta onze jours en obser vation avant de retourner dans son pays. A ce moment les dent étaient solides, mais étant donné les conditions exceptionnelles dans lesquelles ces réimplantations avaient été faites, je l'engageai à garder l'appareil pendant quelques jours encore. Huit jours après, je recevais une lettre de remerciements. Ma malade m'écrivait qu'elle avait quitté son appareil et qu'elle avait (sur sa demande) écrit au professeur L... pour lui annoncer le plein succès de l'opération.

Je dois vous faire part d'une particularité, d'une anomalie pourrais-je dire, certainement peu fréquente, que j'ai rencontrée sur une, seulement, des deux incisives : c'est la présence dans la racine de deux trajets canaliculaires ayant le même orifice d'entrée et de sortie. La division s'opérait a un millimètre environ de l'orifice supérieur et cessait un millimètre environ au-dessus de l'apex. L'infection existait dans ces deux ramifications. Je ne puis tirer de conclusion pratique de ce fait ; c'est la première fois qu'il m'est donné de l'observer. Je le signale à votre attention, mais je ne crois pas qu'il puisse amener des observations semblables.

TRÉPANATION DU SINUS SUIVIE DE RÉIMPLANTATION

Le 18 octobre dernier, un de mes clients, M. R..., vint me voir

pour une chose que vous trouverez probablement, comme moi, assez bizarre.

Depuis quelques mois, M. R... souffrait fréquemment de maux de tête, de lourdeurs et même d'étourdissements. Il se plaignait plus spécialement d'une douleur persistante au niveau supérieur des os propres du nez. Il crachait et mouchait beaucoup, et avait la sensation d'un goût extrêmement désagréable venant des arrière fosses nasales. Le matin surtout, il était péniblement incommodé.

Quelques mois auparavant attribuant, à tort, sa gêne continuelle à la présence d'une 2e grosse molaire supérieure gauche, il me priait de la lui extraire. Je m'y refusai énergiquement, la dent ne présentent aucun des symptômes d'une dent pathologique. Pas même de carie du 2e degré. Il mit tant de persistance à accuser cette dent qu'il finit par triompher de mes répugnances et quelques jours plus tard je pratiquai, bien malgré moi, son avulsion. L'examen minutieux de la dent et de la pulpe ne révéla rien que de normal, et la gêne de mon patient continua comme par le passé.

Fatigué de cet état de choses, il prit le parti de s'adresser à un spécialiste pour les maladies du nez. Celui-ci, après examen des cornets et quelques soins préliminaires des fosses nasales diagnostiqua un abcès du sinus. Si vous avez un bon dentiste, lui dit-il, allez le trouver, et priez-le de vous faire la trépanation comme il l'entendra. C'était ce qui amenait mon malade.

Je ne partageais pas l'avis du médecin, je ne croyais pas à l'abcès du sinus, aucun symptôme ne l'indiquait ; je le dis à mon malade, avant de pratiquer l'opération, pour dégager ma responsabilité. Je décidai la trépanation par le fond de l'alvéole de la 2e petite molaire supérieure. La dent fut enlevée, non sans peine. Bien qu'il n'y eût pas d'exostose, le périoste présentait, sur une grande partie de sa surface, une série de petites nodules osseuses, assez semblables à celles que l'on trouve dans une pulpe en travail d'osification : la luxation de la dent avait, de ce fait, été très pénible. Il y avait certainement là commencement d'union entre le périoste et l'alvéole. Je dois dire que si l'avulsion avait été pénible pour l'opérateur, le patient ne s'en était nullement ressenti, grâce à l'anesthésie locale par le clorhydrate de cacaine.

Je profitai, du reste, de l'anesthésie obtenue pour faire la

trépanation immédiatement après la sortie de la dent. Je pus alors constater que mon diagnostic était bon, et qu'il n'y avait pas d'abcès du sinus. Je renvoyai immédiatement mon malade à son médecin, avec sa dent dans sa poche. Celui-ci constatant qu'il n'y avait, en effet, pas d'abcès du sinus, regretta que je n'eusse pas *replanté* immédiatement la dent. A quoi son malade lui répondit fort judicieusement que si j'avais fait la réimplantation, il n'aurait été éclairé, lui, médecin, que par mon affirmation et qu'il aurait bien pu ne pas la tenir pour exacte. Nous avions tout à gagner à ce qu'il vérifiât et connût, par lui-même, le résultat d'une opération qu'il avait ordonnée. Je vous prie de noter que l'extraction et la perforation étaient terminées à 9 heures du matin. Le soir à 6 heures, mon malade revenait me faire part des observations de son médecin. Il y avait 9 heures que son sinus était ouvert. Je le plaignis de l'inutilité de l'opération qu'il avait subie et je l'engageai à venir deux fois par jour pratiquer des irrigations anti-septiques dans la cavité ouverte et aider ainsi à la fermeture.

Pendant ce temps, l'idée me vint de faire la réimplantation. Il me remit sa dent que je trépanai pour l'extration de la pulpe et des filets nerveux. Je lavai longuement l'avéole et le sinus, et, afin d'éviter, pour l'avenir, un abcès qui aurait bien pu être consécutif à une ouverture de plusieurs heures, par la pénétration de germes infectieux, je poussai dans le sinus, au bout d'une sonde lisse, environ 2 milligrammes d'iodoforme. J'en plaçai à peu près autant sur l'extrémité apicale de la racine, laquelle avait, par précaution, été réséquée, et je remis la dent en place comptant sur la vitalité du périoste pour amener une reprise rapide. En effet, quatre jours après, l'ébranlement était à peine perceptible au doigt et rien n'aurait pu faire supposer que cette dent était restée 9 heures hors de son alvéole, dans des conditions aussi particulières. Qu'adviendra-t-il de cette dent par la suite, c'est ce que je ne saurais dire. J'ai une médiocre confiance dans la reprise définitive et de longue durée et je n'hésiterais pas à faire de nouveau l'extraction si quelque symptôme d'inflammation se manifestait dans cette région.

LA TRANSPLANTATION

Par M. Ch. Godon

Communication à la Société d'Odontologie, séance du 8 octobre, (Observation de transplantation avec double greffe hétéroplastique et autoplastique).

La transplantation des dents ou greffe d'emprunt est une opération ancienne, bien connue de nos prédécesseurs et dont on trouve un certain nombre d'observations dans les quelques traités qu'ils nous ont laissés.

Elle eut une certaine vogue au siècle dernier, alors qu'il était possible, pour remplacer les dents trop endommagées des seigneurs du temps, de les emprunter à leurs serviteurs.

Il paraît même que les petits Savoyards étaient très recherchés dans ce but.

De nos jours, cette opération a été à peu près abandonnée, devant l'obligation, pour se procurer des dents transplantables, d'user de procédés que la morale et l'humanité condamnent.

Il existe pourtant un moyen de se procurer d'une façon régulière des dents à transplanter : c'est lorsque, pour faciliter le redressement des arcades dentaires, on est amené à extraire une ou plusieurs dents anormalement placées. Ces dents peuvent être réimplantées sur le sujet qui les a fournies (*greffe autoplastique*) ou sur un autre sujet (*greffe hétéroplastique*).

Mais les organes que l'on enlève dans ces cas ne sont le plus souvent que des petites molaires. Elles doivent être saines naturellement, et dans la greffe hétéroplastique, le sujet doit l'être également. Toutes ces conditions restreignent singulièrement la pratique de la transplantation. Antérieurement, on croyait qu'il était nécessaire que la dent extraite fût transplantée immédiatement ou presque immédiatement dans l'alvéole qui devait la recevoir et aussitôt que la dent qu'elle devait remplacer était extraite.

Les expériences de Younguer, de San Francisco, sur l'implantation de dents sèches, une observation présentée à une séance précédente par M. Ronnet sur une implantation faite à l'Ecole dentaire de Paris avec une petite molaire que nous lui avions

fournie, une dizaine de jours après son extraction, ont prouvé que cette condition n'était pas nécessaire. La transplantation peut donc se faire avec une dent extraite depuis un certain temps, peut-être même avec une dent sèche.

Une autre difficulté de la transplantation réside dans la différence de forme, de volume de la dent à transplanter, avec la dent qu'elle doit remplacer.

La racine ou la dent peut être plus volumineuse, ou elle peut l'être moins.

Dans le premier cas, il est admis aujourd'hui qu'on peut, sans inconvénient, entamer l'alvéole en respectant autant que possible la dent à greffer et son périoste.

La dent d'un plus petit volume constituait une difficulté qui disparaît avec l'application du procédé employé dans l'observation qui fait l'objet de cette communication.

Il consiste à ajouter à la dent à transplanter, pour compléter la différence de son volume avec celui de la dent qu'elle doit remplacer, un morceau de la racine de celle-ci avec son périoste, équivalent à cette différence et à placer le tout dans l'alvéole.

Par ce procédé, on obtient immédiatement la fixité de la dent transplantée, et la consolidation se fait dans les mêmes conditions que dans les autres cas.

C'est-à-dire que le morceau ajouté est parfaitement rapporté, ne donne lieu à aucune complication, aucun trouble, et assure le succès de l'opération.

De ce qui précède, il résulte donc que la transplantation peut se formuler ainsi :

1° La transplantation est indiquée lorsque, pour une cause quelconque, une périostite chronique, rebelle au traitement conservateur, par exemple, une dent dont la couronne est détruite a dû être extraite et que l'on possède une dent saine *rendue* dans tous les cas *aseptique*, extraite depuis un ou plusieurs jours à un individu sain (cette extraction étant elle-même bien indiquée par des motifs tirés de l'irrégularité des dents par exemple, et de la nécessité de leur redressement) ;

2° Les différences de volume ne sont plus une contre-indication de la transplantation.

Si la racine de la dent à transplanter est trop volumineuse, l'ajustement se fera aux dépens de l'alvéole ; — dans les cas

contraires (avec une racine d'un volume moindre) on pourra employer le procédé que nous indiquons et que nous appellerons double greffe.

En effet, il y a greffe de la racine transplantée, et greffe du fragment ajouté soit les greffes hétéroplastique et autoplastique réunies.

Observation. — Juillet 1889. M. D..., âgé de 30 ans, voyageur de commerce, né à Paris ; comme antécédents généraux, n'accuse aucune maladie grave. Il a de mauvaises dents dont il a souvent souffert ; quelques-unes détruites par la carie ont été extraites, d'autres sont obturées ou aurifiées.

La 2e bicuspide supérieure droite, atteinte de carie au 4e degré a été obturée plusieurs fois ; sa face externe manque, il ne reste plus que la face palatine de la couronne.

M. D... demande à la faire remplacer.

Comme je possède une petite molaire extraite il y a cinq jours, à une jeune fille de dix-sept ans pour faciliter un redressement, et conservée dans une solution d'eau et d'alcool ; je propose une transplantation.

Le malade accepte, et en présence d'un de mes assistants, le 27 juillet, je pratique l'extraction, non sans difficultés et après plusieurs tentatives.

Néanmoins, l'alvéole parfaitement nettoyée, la dent préparée, maintenue dans une solution aqueuse alcoolisée est enfin transplantée, fixée à l'aide de fil de soie s'appuyant sur les dents voisines, les entourant en forme de huit. Seulement comme la dent transplantée est moins volumineuse que celle qui a été extraite, et que par suite, elle est très mobile dans son nouvel alvéole, j'eus l'idée pour la maintenir, de découper à la scie, un morceau de la racine avec son périorte, de la dent extraite, correspondant autant que possible à la différence de volume des deux dents.

Puis ce morceau appliqué sur la racine de la dent à transplanter, à l'endroit où il convenait le mieux, je fis glisser le tout ensemble avec soin, dans l'alvéole, et la nouvelle dent, grâce à cette addition de tissu, fut immédiatement fixée.

Je revis le malade deux jours après ; il avait peu souffert d'une légère périostite qui s'atténua et disparut les jours suivants.

Je prescrivis des lavages à l'eau boriquée :

Eau distillée..........	100 gr.
Acide borique.........	4 gr.

et des badigeonnages sur la gencive avec la solution :

Teinture d'iode }
— Aconit } *aa* 10 gr.

Dix jours après, la dent étant tout à fait consolidée, la gencive saine et le malade pouvant s'en servir comme d'une autre dent, j'enlevai toutes les ligatures.

Depuis, il ne s'est rien produit d'anormal et le succès se maintient.

RÉIMPLANTATION D'UNE GROSSE MOLAIRE INFÉRIEURE, PAR M. LEMERLE

OBSERVATION CLINIQUE RECUEILLIE PAR M. PAULME, ÉLÈVE DE 3e ANNÉE

Mlle Renaud, fleuriste, vingt-trois ans, s'est présentée à la clinique en avril 1888, souffrant d'une périostite chronique occasionnée par une carie du 4e degré à la 1re grosse molaire inférieure gauche ; cavité centrale de la face triturante, d'un abord facile, mais les canaux étroits et tortueux ne permettent l'exploration qu'avec des sondes du plus petit calibre.

Des injections antiseptiques diverses, badigeonnages de teinture d'iode, etc., sont essayés sans succès pendant un mois, ainsi que le mélange : chloral, camphre et iodoforme avec poudre de charbon pour l'absorption des gaz. La dent redevient toujours douloureuse après deux ou trois jours d'obturation provisoire

15 juin. — La greffe par réimplantation est proposée par M. Lemerle ; la malade acceptant, M. Lemerle pratique l'extraction qui offre un peu de difficulté à cause de la divergence des racines.

On observe un petit kyste à l'extrémité de la racine postérieure. Chaque racine a 2 canaux bien séparés, ils sont aussitôt équarris et bouchés avec une pâte claire de ciment Godard iodoformé. La cavité de la carie est obturée à l'amalgame.

L'extrémité des racines est réséquée et arrondie à la lime. Pendant ces opérations la dent est maintenue dans un linge imbibé d'une solution tiède de bichlorure de mercure au 1/1000. L'alvéole est nettoyé avec des injections de la même solution.

Une première tentative de réimplantation est essayée sans succès. La courbure et la divergence des racines empêchent la dent de reprendre sa place dans l'alvéole, malgré des efforts réitérés.

On résèque de nouveau la racine postérieure, qui se trouve réduite alors au tiers environ de sa longueur. La dent est réintégrée dans son alvéole avec l'aide de la malade qui mord pendant que la dent est maintenue avec des précelles.

La totalité de l'opération a duré environ 40 minutes.

On ordonne des gargarismes et des injections au collet de la dent avec } hydrate de chloral 10 grammes
} eau — — 500 —

16 juin, le lendemain. — La malade a un peu souffert la nuit.

Légère fluxion au niveau de la dent réimplantée.

Dent très mobile, douleur à la pression.

17 juin. — Fluxion disparue. Dent moins mobile et percussion moins douloureuse.

19 juin. — Le mieux s'accentue. On continue gargarismes et injections. Des badigeonnages, au collet, avec teinture d'iode-aconit sont ordonnés.

25 juin. — Même état. Dent toujours mobile. La gencive n'adhère pas au collet. Pas d'inflammation.

1er juillet. — Peu d'amélioration. La malade n'a pas continué les badigeonnages de teinture d'iode. On fait quelques pointes de feu sur la gencive avec le thermo-cautère.

8 juillet. — La dent est moins mobile. La gencive devient adhérente.

Nouvelles pointes de feu.

15 juillet. — Etat satisfaisant.

20 juillet. — Guérison complète. La dent est solide et insensible à la percussion.

OBSERVATION D'ADÉNITE

Par Robert Fontenelle, infirmier de visite au Val-de-Grâce.

Emile G..., 24 ans. — Entré à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 2 septembre 1889, ce malade présente à l'angle et au-dessous du maxillaire inférieur (côté droit) une tuméfaction de la grosseur d'une noix.

Au dire du malade, cette tumeur aurait présenté les premiers signes de son apparition il y a un mois et mis huit jours pour acquérir le volume actuel ; elle est placée exactement sur le trajet de l'artère faciale, entre les glandes parotidienne et sous-maxillaire ; on perçoit des points d'attache très profonds.

En consultant M. G..., nous apprenons que ses parents, ses frères et sœurs ont une organisation dentaire des plus défectueuses ; il est originaire de l'Yonne, région remarquable par la fréquence de la carie dentaire, ainsi que nous l'indique la carte de Magitot.

Passant à l'examen de la bouche, nous remarquons que les deux grosses molaires inférieures droites sont cariées profondément et douloureuses au point de ne pouvoir supporter la mastication et le contact des corps chauds ; sur différents autres points de la bouche, nous rencontrons de semblables lésions, les dents sont blanchâtres, leurs faces broyantes teintées d'une légère auréole bleuâtre, leur collet recouvert d'un tartre gris, de consistance molle pour les gencives, la langue, le palais, etc. ; rien de particulier.

A l'extérieur, la peau de la joue et du cou a son aspect normal, elle n'est ni rouge ni tuméfiée.

Le malade n'a pas de fièvre (36° 7), l'appareil digestif n'est pas incommodé, rien du côté des poumons, pas de sueurs nocturnes;

en un mot, l'affection paraît bien localisée et semble avoir pour cause immédiate le mauvais état des dents.

Cependant, en présence des attaches profondes de la tumeur, de son évolution rapide, nous devons faire quelques réserves pour la tuberculose locale.

Le 2, le malade est mis au régime ordinaire et prend 1 pillule d'iodoforme 0,05. Traitement suivi jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Le 3, voulant tenter de faire disparaître l'effet par la cause que nous croyons devoir être la plus importante, le chirurgien traitant conseille et pratique l'extraction des dents malades. L'anesthésie par la cocaïne supprime presque toute douleur.

N'ayant pas prévu l'anomalie que présente la deuxième grosse molaire (une seule racine), on rencontre certaines difficultés pour son extractraction ; elle n'a qu'un seul canal dentaire, son apex est légèrement nécrosé. Se croyant en présence d'une molaire à deux racines, le chirurgien se servit du davier approprié à cette dent.

Or, celle-ci n'ayant qu'une racine, il y eut glissement de la griffe du mors intérieur et par suite nécessité de reconnaître la dent et de se servir d'un autre instrument.

La nécrose est bien plus avancée et plus frappante sur la dent de 7 ans, enlevée presque aussitôt.

Elle a deux racines, et des fongosités de couleur rose vif présentant dans le tissu des filaments blancs entrelacés adhèrent sur leur face interne et surtout à leur point de réunion ; par l'intermédiaire des lymphatiques, il est probable qu'avec la destruction du périoste, elles ont déterminé l'inflammation des ganglions.

De là, adénite, favorisée dans son évolution par des prédispositions à la tuberculose.

Le 7, aucun changement ne s'étant opéré, le chirurgien fait l'ablation de la tumeur.

Une large incision est faite, le ganglion est disséqué avec beaucoup de soin, l'artère faciale qui le traverse est sectionnée, puis liée à son entrée et à sa sortie, l'artère carotide à laquelle il s'appuie est isolé malgré les difficultés.

Les sutures sont faites au crin de cheval, deux petits drains en caoutchouc sont placés, le pansement est fait à l'iodoforme.

Le 10, il n'y a pas trace de pus, enlèvement des drains et des crains, pansement au dyachilon afin d'assurer la réunion par première intention qui est parfaite.

Le 12, le malade est envoyé aux bains ; le 18, il sort de l'hôpital, la couture est à peine visible.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LE RÔLE DU PÉRIOSTE DANS L'IMPLANTATION

L'*International Dental journal* de septembre publie une très intéressante correspondance de M. Bryan, de Bâle, en Suisse, sur un cas d'implantation fait après destruction du périoste dans les circonstances suivantes. On remarquera que, malgré cela, la greffe fut tout aussi heureuse que si le périoste avait été respecté. Cette observation typique semble résoudre une question très controversée sur le rôle et la persistance de la membrane alvéolo-dentaire dans les dents sèches, servant à ce genre de greffe.

N. D. L. R.

Une dame d'un physique agréable, âgée de 30 ans, d'une bonne santé générale, vint le 22 mars 1887, souffrant d'un abcès chronique de la racine de la seconde bicuspide supérieure gauche Le traitement et le couronnement ayant échoué, la plaque extérieure de la paroi alvéolaire ayant disparu et la fistule commençant, le reste de l'extrémité de la racine fut extrait pendant l'anesthésie le 19 août 1887.

L'alvéole, siège de l'abcès, fut traité avec du phénol sodique, nettoyé avec un petit balai de coton qui y avait été trempé et laissé ouvert pour se cicatriser. Le 24, c'est-à-dire cinq jours plus tard (habituellement j'attends dix jours), la patiente revint et me demanda de lui implanter une dent qui, pendant ce temps, avait été préparée de la manière suivante :

Comme je n'avais pu trouver de bicuspide de la couleur et de la forme convenables, une racine de molaire sèche et saine fut excisée et une couronne de Logan y fut ajoutée et placée dans du ciment Weston. Le tout fut mis dans la solution ordinaire de bi-chlorure de mercure à 1/1000 et chauffée graduellement tandis qu'on distendait les parois alors contractées de l'alvéole, partiellement guéri avec des cônes de coton. En examinant ma dent, je trouvai l'eau presque bouillante et le pericément avait entièrement disparu de la face distale de la dent, mort maintenant sans possibilité de résurrection — la portion cuite restant d'un côté. L'alvéole préparé, je décidai d'insérer la dent pour le conserver ouvert jusqu'à ce qu'une autre dent pût être préparée.

Je ne me rappelle pas la date de l'enlèvement des ligatures et de la plaque qui maintenait la dent, mais, au retour de la patiente, quelques jours plus tard, je trouvai la dent fixée si solidement que je décidai de la laisser jusqu'à ce qu'elle devînt branlante.

J'ai vu la dent par hasard depuis, et aujourd'hui, après 15 mois d'un service aussi bon que celui que peut faire toute autre série de dents, elle est tout à fait saine et solide. En l'examinant, je trouvai qu'une paroi alvéolaire et que des membranes saines l'entouraient entièrement à des profondeurs de 2, 3, et 4 millimètres au-dessus du bord de la gencive, empêchant la sonde plate et mince de pénétrer plus loin et donnant du sang sain à chaque piqûre. Le côté duquel il n'y avait pas de péricément quand la dent avait été implantée ne différait pas de l'autre et la patiente se sert presque exclusivement de ce côté de l'arcade, en raison de la tendresse de la racine de la seconde bicuspide du côté opposé qui avait été traitée et couronnée en même temps.

J'ai d'autres cas en observation, un exactement semblable sous le rapport de l'alvéole — qui a un abcès sérieux — avec une paroi alvéolaire extérieure disparue, où une dent très saine avec un bon péricément fut implantée dix jours après l'extraction de la dent malade. Le développement et la restauration de la paroi alvéolaire extérieure a été complet et, après 17 mois de bon service, elle a une solidité tout autour et un bruit particulier à la percussion qui indiqueraient la possibilité d'une ankylose osseuse.

Le dernier cas fut cité à la réunion de la Société dentaire américaine d'Europe à Coblentz en août 1887 ; l'implantation remontait au 15 mars de la même année et est, autant que je sache, le premier cas cité de l'implantation d'une dent sèche d'une vieillesse indéterminée dans un alvéole naturel. Le Dr Elliott fit remarquer que la racine serait absorbée, mais à en juger d'après son apparence, il y a un mois, quand j'obturais une petite cavité sur sa face distale, causée par une carie extensive de la face mésiale de la dent voisine, la nature n'a pas décidé de suivre la voie indiquée par le président de la Société.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Compte-rendu sommaire des travaux de la deuxième section

par P. Dubois, *secrétaire-rapporteur.*

(Suite) (1)

DEUXIÈME QUESTION

VALEUR COMPARÉE DE L'AURIFICATION ET DES SUBSTANCES PLASTIQUES POUR L'OBTURATION DES DENTS AVEC EXPOSÉ DES PROGRÈS RÉCENTS SUR LA MATIÈRE.

M. Heidé, de Paris, fait une communication sur L'OBTURATION A L'AIDE DE MORCEAUX D'ÉMAIL DE DENTS NATURELLES.

---

(1) Voir *Odontologie*, novembre 1889

Il conclut ainsi :

« Par l'incrustation des morceaux d'émail naturel, on obtient une reconstitution des dents cariées, de manière à tromper l'œil le plus exercé. Au point de vue esthétique et aussi au point de vue de la durée, cela est supérieur à nombre d'obturations plastiques. La difficulté de les ajuster est aussi grande que la confection d'une aurification difficile ; mais, vu le bon résultat, on surmonte ces obstacles. Dans les bouches où l'érosion a déformé la dent, et aussi lorsqu'il y a des pertes de substance sur les faces visibles des dents antérieures, leur application est tout indiquée. »

M. Guerini, de Naples, préconise L'EMPLOI DU CORAIL POUR FAIRE DES OBTURATIONS.

Il s'exprime ainsi :

« Pour qu'une substance puisse être utile et pratique pour l'obturation des dents, il faut qu'elle ait les qualités suivantes :

« Qu'elle soit avant tout d'une manipulation facile, qu'elle ait à peu près le poids de la dentine, qu'elle ne ressente pas la désagréable sensation du chaud et du froid au nerf, résiste le plus possible au frottement de la mastication et à l'action de la salive, qu'elle ne nuise pas à la dent et n'en change pas la couleur, comme le font les amalgames, et qu'elle puisse enfin s'enlever facilement au besoin.

« Le corail présente toutes ces qualités et il a une résistance supérieure à tous les ciments.

« Il y a déjà une année que j'emploie avec beaucoup de succès le corail pour l'obturation des dents, dans tous les cas qui s'y prêtent. Je me sers de morceaux de plusieurs grandeurs et nuances, et il est très avantageux. »

DISCUSSION

M. Chauvin. — Je regrette que M. Heidé n'ait pas fait mention de mes tentatives faites il y a huit ou neuf ans.

M. Eilertsen, de Paris, traite le même sujet.

Etude sur la reconstitution des dents

Il dit :

« On choisit parmi les substances obturatrices connues la plus solide et on la recouvre d'un fragment d'émail ajusté. Je me sers d'or ou mieux encore d'une plaquette de platine fixée avec de l'or ou de l'amalgame pour faire la reconstitution le plus rapidement possible ; le fragment d'émail y est rivé par une petite tige en platine mou que je fixe moi-même.

« On a la ressource des anneaux et des couronnes métalliques.

4° Ces anneaux et ces couronnes faites en platine peuvent être émaillées sur toutes les parties visibles. »

M. le Dr Gaillard, de Paris, fait une communication sur *l'Utilisation de la force musculaire des muscles de la mâchoire pour la condensation des feuilles métalliques employées aux obturations.*

L'auteur passe en revue les différents moyens employés pour condenser l'or. Il a mesuré la force obtenue avec le maillet : elle ne donne que 5 à 9 kilogrammètres par centimètre carré, l'articulation peut donner jusqu'à 50. Le maillet pourrait par ses vibrations déterminer des ébranlements cérébraux.

En faisant appel aux muscles de la mâchoire pour finir la condensation de l'or on soulage le patient tout en simplifiant l'opération et en diminuant sa longueur.

M. le Dr Gaillard présente aussi un DÉPRESSEUR DE LA LANGUE, qui permet d'éloigner la langue du champ opératoire. En lui adjoignant une petite lampe électrique, on peut éclairer vivement la cavité buccale, et opérer le soir, ou par des temps sombres. Ce dépresseur peut servir des deux côtés.

M. le Dr Gaillard présente une SÉRIE DE CONDENSATEURS ARTICULÉS pouvant recevoir les différentes branches de la série par un mécanisme très simple, tout en assurant une grande fixité à l'instrument.

DISCUSSION

M. Poinsot. — J'emploie depuis longtemps les condensateurs de M. le Dr Gaillard et ils me donnent les meilleurs résultats.

M. Chauvin. — Sur une aurification faite par moi à la séance clinique de ce matin, M. le Dr Gaillard a expérimenté la force de condensation de son instrument; quoique l'or fût très tassé, il a pu le comprimer à nouveau, ce qui m'a surpris, étant donné la compression exercée. Je trouve ses instruments supérieurs à ceux de Flagg et à ceux de Bing.

M. Rollin, de Paris. — N'avez-vous jamais d'accidents à cause de la puissance ?

M. le Dr Gaillard. — Non ! Quant à la forme des pointes, elle n'a à mes yeux qu'une importance secondaire.

M. Spaulding présente au nom du Dr Sachs, de Breslau, deux mâchoires dont les dents du haut et du bas montrent les différents genres d'obturations.

M. Poinsot recommande le LAVAGE DES AMALGAMES avec le liquide suivant :

Huile de pétrole.............	100 g.
Alcali volatil................	10 g.
Chlorure de zinc.............	5 g.
Saponine....................	1 g.

Agiter fortement avant de s'en servir.

On extrait ainsi une grande quantité d'oxyde métallique qui se décomposerait l'obturation faite.

M. Harlan, de Chicago, montre les excellents effets des médicaments volatils dans la thérapeutique dentaire. Il résume l'ensemble de sa communication :

Les médicaments diffusibles dans la dentine vivante ou morte.

M. Etchepareborda, de Buenos-Ayres, fait une communication sur l'*Influence du rhumatisme sur la production des maladies de la bouche et particulièrement du système dentaire.*

Concurremment avec le rhumatisme M. Etchepareborda a observé les désordres buccaux suivants :

1° Résorption des alvéoles ;
2° Gingivite simple et ulcéreuse ;
3° Ostéo-périostite alvéolo-dentaire ;
4° Périostite alvéolaire ;
5° Nécrose dentaire et chute spontanée des dents ;
6° Névralgie faciale ;
7° Périostite du corps des maxillaires ;
8° Carie et nécrose des maxillaires.

Il conclut ainsi :

I. — Les dents, les maxillaires et les parties molles de la bouche sont fréquemment le siège d'accidents d'origine rhumatismale.

II. — Ces accidents peuvent précéder, accompagner ou suivre des manifestations articulaires, musculaires, fibreuses, etc., aiguës, subaiguës ou chroniques. Elles peuvent rester longtemps isolées, et constituer la seule expression visible de la diathèse.

III. — Les accidents les plus fréquents d'origine rhumatismale sont :

1° Du côté des dents : *a*. La périostite alvéolaire.
b. L'ostéo-périostite alvéolo dentaire.
c. La nécrose dentaire.
d. La chute spontanée des dents.

2° Du côté des gencives : les inflammations simples et aphteuses ;

3° Du côté du système nerveux : la névralgie faciale, correspondant à l'une ou l'autre des branches du trijumeau ;

4° Du côté des maxillaires : résorption alvéolaire, carie et nécrose des maxillaires.

Aucune de ces affections locales ne peut être regardée comme une affection propre au rhumatisme, on les observe, avec la même physionomie clinique, chez des sujets qui ne sont pas rhumatisants ; elles peuvent avoir une origine locale ou générale. Il est impossible de fixer leur place dans la chronologie et l'ordre de succession des accidents rhumatismaux. En général pourtant, ces manifestations sont tardives. Leur maximum de fréquence correspond à l'âge moyen de la vie (de 25 à 40 ans).

IV. — C'est surtout dans les formes vagues et chroniques qu'on observe les manifestations rhumatismales. Elles alternent assez souvent avec d'autres. Dans les formes chroniques, par exemple une poussée subaiguë du côté du tissu fibreux des jointures ou des muscles est souvent suivie d'une rétrocession des accidents buccaux. Ceux-ci ne constituent en aucune façon un *nolime tangere* : on peut les traiter sans crainte de localisations diathésiques de même ordre et plus graves. Il est même indispensable de les traiter à cause de leur marche progressive. On n'oubliera pas, toutefois en posant les indications, le substratum diathésique rhumatismal, de telle sorte qu'en même temps que le traitement local, une médication générale est indiqué.

TROISIÈME QUESTION

L'ANESTHÉSIE LOCALE

M. Poinsot, frappé des inconvénients des solutions aqueuses du chlorhydrate de cocaïne, recommande la solution qu'il a fait connaître : cocaïne pure dans l'oléo-naphtine et l'huile d'arachide; ce composé diminue la puissance toxique de l'alcaloïde de la coca.

Sa communication intitulée :

EMPLOI DE LA COCAINE PURE INJECTÉE DANS LE TISSU GINGIVAL, se résume ainsi :

Mélange n° 1

Oléo-naphtine....	à 50	centigrammes
Huile d'arachide.......	150	—
Cocaïne pure..........	5	—

Mélange n° 2

Huile d'arachide.......	66	centigrammes
Oléo-naphtine..........	33	—
Cocaïne pure..........	5	—

La formule 0 était :

Oléo-naphtine..........	1 gramme
Cocaïne pure..........	0 gr. 05 centigr.

Par l'emploi judicieux de ces formules, je puis vous donner l'assurance que vous serez satisfaits de les utiliser dans un but anesthésique local, sans danger.

M. Richard Chauvin fait une communication intitulée : *Essai sur la cocaine*. Il attribue les accidents indéniables de la cocaïne à son instabilité chimique et autres alcaloïdes que renferment la plupart des extraits de la coca. Il ajoute ensuite quelques conseils priqueas sur le mode d'administration de l'agent anesthésique.

M. Bleischteiner, de Gratz, présente un travail ayant pour titre : DES INJECTIONS DE COCAINE comme moyen d'anesthésie locale. Il se résume ainsi :

« 1° Le pronostic des injections est très favorable quand on les fait dans une gencive hyperhémiée et tuméfiée ;

« 2° La durée de l'anesthésie est le plus souvent de dix minutes ;

« 3° Les solutions de cocaïne à 5 0/0 sont suffisantes ;

« 4° En règle générale, il ne faut pas injecter plus de 5 centigrammes de cocaïne en une seule fois ; en opérant à intervalles d'une demi-heure, on peut élever la dose jusqu'à 15 centigrammes ;

« 5° Il faut faire le plus possible de piqûres et ne faire pénétrer que le moins possible de cocaïne par chaque injection ;

« 6° Une fois les injections terminées, on doit procéder immédiatement à l'extraction ;

« 7° Quand on a plusieurs opérations à faire, il ne faut pas enfoncer l'aiguille dans le voisinage des plaies produites par les extractions précédentes pour éviter une trop grande absorption du médicament ;

« 8° Dans le cas où il surviendrait du collapsus, on conseillerait la position horizontale, de l'alcool ou du vin ; il faut employer le nitrite d'amyle ;

« 9° Dans les attaques hystériques, il est bon de donner de la place ou de faire une injection de dix gouttes d'une solution à 10 0/0 d'extrait aqueux d'opium. »

M. le Dr Dunogier traite de la même question dans une communication intitulée : *L'anesthésie locale par la cocaïne.* Pour lui, la solution dans l'eau distillée est la plus recommandable, l'addition d'acide phénique étant inutile ou dangereuse.

M. Hugenschmidt, de Paris, fait une communication intitulée : *Considérations sur l'action physiologique de la cocaïne. Moyens de les éviter.*

Pour l'auteur, il est facile de combattre les accidents résultant de l'anémie cérébrale en administrant au préalable un excitant, du cognac, par exemple, et en établissant, quand il y a syncope, le décubitus dorsal ; les inhalations d'ammoniaque, de nitrite d'anyline, sont également utiles.

M. Caracatzanis, d'Athènes, fait ensuite une communication intitulée :

LE CHLORHYDRATE DE COCAINE COMME ANESTHÉSIQUE LOCAL. Il a eu des résultats variables et il a délaissé l'emploi de cet agent.

DISCUSSION

M. Chauvin. — Les doses employées par le précédent orateur sont exagérées : 2 centigrammes et demi suffisent pour obtenir l'anesthésie.

M. Mousis, de Pau. — Une simple solution phéniquée agit comme la cocaïne.

M. Thuillier, de Rouen. — On administre la cocaïne à des doses égales, avec des résultats différents ; nous en avons eu la preuve dans la séance de ce matin, où des opérateurs ont eu des accidents avec des doses faibles, et une anesthésie parfaite avec des doses plus fortes. En tout cas, 5 centigrammes me semblent dépasser la dose permise.

M. Schwartz, de Nîmes. — Je demanderai à M. Bleischteiner s'il opère toujours immédiatement?

M. Bleichsteiner. — Toujours.

M. le Dr Abonyi, de Buda-Pesth, fait une communication ayant pour titre : *L'Ethyl bromhydrique.*

DISCUSSION

M. le Dr Iszlai, de Buda-Pesth. — M. Abonyi, de Buda-Pesth, dans les nombreuses expériences qu'il a faites, a parfaitement réussi.

M. P. Lehr, de Bouxwiller. — Je l'ai employé également et en ai obtenu de bons résultats.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. Hugenschmidt, de Paris, fait une communication sur l'IMPLANTATION DENTAIRE ; des observations lui font croire que les dents implantées subissent plus que les dents saines le contre-coup de l'état général mauvais. Les moyens d'union sont une sorte d'enkystement osseux et une ostéïte condensante qui pourront retenir indéfiniment la dent dans le maxillaire.

DISCUSSION

M. Meng, de Paris. — J'ai opéré deux fois des implantations et j'ai réussi ; ma première dent n'est tombée qu'au bout de deux ans, la deuxième tient toujours.

M. Schwartz, de Nîmes. — Certains opérateurs disent que le succès est subordonné à la vitalité du cément, d'autres que cela est indifférent ; il serait bon qu'on fût fixé à cet égard.

M. Cunningham, de Cambridge. — J'ai fait 80 implantations dont un grand nombre à titre d'expériences. Je ne crois pas que l'implantation puisse se pratiquer d'une manière générale. Un article publié dans le *Cosmos* rapporte quinze insuccès sur cent opérations. Le temps en augmentera le nombre.

Quoique cela soit difficile en Angleterre, j'ai fait des expériences sur des chiens, et cela n'est pas encourageant. Je ne crois pas, comme M. Hugenschmidt, à l'influence prépondérante de la nutrition générale.

M. Barrié, de Paris, présente un APPAREIL COMPRESSEUR DE LA GENCIVE dans les cas d'hémorragie. Cet appareil est un clamp à digue auquel on a ajouté des aillettes A ce moyen mécanique

M. Barrié ajoute un coton imbibé desolution de cocaïne dont il a obtenu les meilleurs effets comme hémostatique.

DISCUSSION

M. Poinsot. — Avez-vous employé la cocaïne ou le chlorhydrate de cocaïne ?

M. Barrié. — Le chlorhydrate.

M. Dubois. — Le petit appareil de M. Barrié est très élégant, mais je réclame la priorité de l'emploi du clamp dans un but hémostatique, ainsi qu'en témoignent les deux éditions de l'*Aide-Mémoire* du chirurgien-dentiste où ce moyen est conseillé.

DISCUSSION

M. Barrié présente également deux autres APPAREILS EN PLATINE MINCE POUR DENTS RÉIMPLANTÉES. Il montre sa supériorité sur les autres moyens de rétention des dents greffées au point de vue de l'immobilisation de la dent en bonne place et de la facilité du nettoyage de l'état général du malade.

M. Chauvin. — J'ai employé tous les moyens contentifs pour dents réimplantées et je n'en ai trouvé aucun qui fût plus simple que celui de M. Barrié. Toutefois, je dois dire que je n'ai pas constaté de déviation, quand le caoutchouc est bien placé.

M. Franck, de Vienne, fait une communication sur l'HÉMORRAGIE DENTAIRE ET SUR LES MOYENS DE LA COMBATTRE PAR L'APPLICATION DE LA DIGUE DE CAOUTCHOUC.

M. Dubois fait, au nom de M. Lecaudey, de Paris, empêché, une communication sur le CHOIX DES ANTISEPTIQUES EN CHIRURGIE DENTAIRE.

Il conclut :

1° Que, dans le choix des antiseptiques, il faut tenir compte non seulement de l'état local, mais encore de la constitution ;

2° Le chlorure de zinc et l'acide phénique sont utiles surtout chez les individus robustes, sans diathèses ni tares organiques ;

3° L'iodoforme et l'iodol sont préférables chez les scrofuleux ou les tuberculeux ;

4° Pour les syphilitiques,le meilleur antiseptique qu'on puisse employer est la solution de sublimé au 5/1000e.

M. Trouvé, de Paris, fait une communication sur *quelques applications de l'électricité à l'art dentaire.*

Il fait une comparaison entre les différents moteurs que le dentiste peut utiliser et montre la supériorité des appareils électriques. La plupart des critiques adressées à l'électricité tomberont d'elles-mêmes quand on aura une distribution d'électricité dans les rues comme on a du gaz et de l'eau. En attendant et comme succédanés, M. Trouvé présente ses piles dont la puissance est connue, ainsi qu'une machine dynamo-électrique de son invention pouvant marcher à bras et assurant l'électricité sous toutes ses formes : force, lumière et chaleur.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 5 novembre 1889

Présidence de M. Dubois, président

La séance est ouverte à 9 heures.

M. le Secrétaire donne lecture du procès-verbal de la dernière réunion qui est adopté.

I. — Présentation d'une carte montrant la distribution géographique des exemptés pour perte des dents

M. le Président. — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau la carte géographique que j'ai dressée à la suite de mes travaux statistiques sur la distribution des édentés en France ; elle a déjà été présentée au Congrès, mais celle-ci est plus complète et mentionne les noms des départements et les chiffres des exemptés pour 100.000 habitants. Les membres de la Société qui voudraient s'occuper de la question pourront la consulter.

II. — Nomination de membres correspondants

M. le Président.— Le règlement de la Société porte que nous pouvons avoir des membres correspondants ; il faut donner une suite à cette disposition.

Souvent des confrères étrangers sont venus nous faire des communications, il y aurait intérêt à leur conférer ce titre ; vous pourriez laisser au bureau le soin de préparer une liste qu'il nous présenterait la prochaine fois.

M Godon. — Tous les membres de la Société d'Odontologie habitant la province ou l'étranger sont, d'après le règlement, déjà considérés comme membres correspondants, mais ce règlement n'a jamais été littéralement observé. Je suis donc d'avis de nommer une commission de trois membres qui dresserait une liste.

M. le Président. — C'est une interprétation du règlemeut que défend M. Godon. Il faudrait donc faire un triage entre les membres de l'Association générale des dentistes de France, et ceux qui nous ont fait des communications pourraient être nommés membres correspondants.

La proposition est mise aux voix et adoptée.

III. — Présentation d'une nouvelle main par M. Loup

M. Loup. — Je vous présente une nouvelle main que j'ai faite, non pas d'après les règles de l'art, mais cependant très

commode. Elle est aussi mince que possible pour éviter la courbure de l'angle droit dans la bouche. La transmission s'opère au moyen d'un simple petit câble qui passe dans un petit tube de cuivre.

Discussion

M. Godon. — Veuillez préciser. Cet instrument, dites-vous, a pour but de remplacer la main à angle droit et la main à angle aigu. Quels sont ses avantages sur les autres?

M. Loup. — Il donne une main qui est continue et dont l'angle ne gêne pas dans la bouche. J'avais tout d'abord fait un angle obtus, puis un angle aigu, enfin un angle droit, mais, comme j'avais fait mon tube pour mon ressort, cela n'allait pas, bien que je n'eusse pas d'engrenage.

M. Godon. — J'ai examiné cet instrument et il supprime en effet les engrenages.

M. Loup. — Avec un engrenage la rotation de l'instrument produit une trépidation dans chaque dent. J'ai enchâssé dans la fraise une petite vis avec une rainure qui empêche cette trépidation.

M. Godon. — Comment la fraise est-elle maintenant? Avec l'angle droit le maintien de la fraise n'est jamais parfait, que ce soit à verrou ou à ressort.

M. Loup présente le système du maintien de la fraise.

M. le Président. — Y a-t-il moins de frottement qu'avec la main classique à angle droit?

M. Loup. — Oui; en faisant le tube pour le ressort j'ai moins de frottement que dans le cas contraire.

M. le Président. — Nous n'avons pas à critiquer l'exécution du spécimen fait à la main, nous devons simplement l'examiner en le supposant fait par des moyens mécaniques, et nous vous demandons alors si le frottement serait moindre, car c'est là l'essentiel. La transmission par un petit ressort à boudin est beaucoup plus simple et, si cette main était faite à bon marché, ce serait un avantage évident. Nous sommes heureux qu'on feuille bien travailler et perfectionner le tour dentaire; si nos fabricants étaient d'un esprit aussi progressiste que certains fabricants étrangers, nous pourrions avoir des outils plus perfectionné que les Américains. Espérons que cela arrivera un jour.

IV. — Appareil pour restauration du maxillaire inférieur par M. Roy

M. Roy présente un malade pour lequel il a fait un appareil après que le Dr Labbé eut pratiqué une résection du maxillaire inférieur.

Le malade est entré en 1888 à l'hôpital Beaujon pour un épithélioma de la langue (cette communication sera insérée

au prochain numéro). Avec une scie circulaire on a fait la résection du maxillaire inférieur à la partie médiane et on en a enlevé la moitié droite. Le Dr Labbé, l'opérateur, envoya alors le malade à un dentiste des hôpitaux qui, après avoir pris l'empreinte, conclut à l'impossibilité de faire un appareil. Je proposai à M. Labbé d'en confectionner un et il accepta. Or il s'était produit une particularité : l'incisive centrale articulait avec la petite molaire et cette déviation ne pouvait être corrigée. Je construisis donc une plaque à succion et un bas de dentier que je réunis au moyen d'une articulation simple comprenant deux tiges rigides. Je fis faire au malade des mouvements simples, mais je ne pus obtenir la position parfaitement droite; c'était néanmoins un progrès. Je confectionnai un nouvel appareil, une série de dents, et l'examen sur le malade lui-même qui est ici va vous montrer comment l'appareil fonctionne. (M. Roy présente le malade).

DISCUSSION

M. Heidé. — J'ai rencontré un cas à peu près analogue, mais il restait encore une partie de la branche montante du maxillaire inférieur. La partie restante se déplaçait considérablement et les chirurgiens qui font ces opérations devraient collaborer davantage avec le dentiste et lui demander un appareil provisoire empêchant les déviations et les rétractions considérables qui suivent les résections osseuses.

M. Roy. — J'en aurais été heureux pour ma part; mais, comme je vous l'ai dit, M. Labbé a envoyé son malade à un dentiste ayant un service à l'hôpital et je n'ai eu à soigner que lorsque la cicatrisation et la rétraction s'étaient opérées.

III. — RÉIMPLANTATION D'UNE GROSSE MOLAIRE par M. LEMERLE

M. Lemerle donne lecture de cette communication, qui est insérée aux travaux originaux, et présente la malade.

DISCUSSION

M. Godon. — Pourquoi avez-vous réséqué le tiers de la racine?

M. Lemerle. — Parce qu'il y avait une divergence énorme. C'est certainement grâce à la persévérance de M. Paulme que nous avons obtenu un bon résultat.

M. le Président. — Il est probable que vous aurez là une résorption de la racine — qui commence peut-être déjà. En tout cas, pour que les greffes soient heureuses, il faut respecter le plus possible le tissu de la dent elle-même.

M. Godon. — Il faut tailler dans l'alvéole et non entamer le périoste.

M. le Président. — Votre racine était dénudée sur un point. Nous voyons le même résultat se produire : quand le périoste n'existe plus, il y a résorption de la racine.

M. Poinsot. — Cette dent possède deux racines et la fistule se trouve dans la ligne de la racine réséquée ; il est donc probable qu'il y a commencement de résorption.

M. Francis Jean. — J'ai pratiqué la réimplantation de dents à plusieurs racines et j'ai toujours éprouvé des difficultés pour la mise en place. Une fois j'ai trempé la dent dans de la glycérine et j'ai bien réussi.

M. Chauvin. — Il y a 4 ans j'ai réimplanté deux dents et j'ai éprouvé des difficultés pour la mise en place — qui est toujours assez pénible quand il y a plusieurs racines ; j'ai donc limé la racine palatine à sa partie externe, et, dans la deuxième petite molaire, la partie externe de la racine est seule restée. J'avais d'ailleurs mis un tube pour faire, au besoin, une dent à pivot. Cette dent est toujours restée.

J'ai réimplanté aussi une grosse molaire dont j'ai largement réséqué le périoste malade et le cément ; il y a de cela 5 ans, et la dent est extrêmement solide. J'ai compté sur le périoste sain pour tenir la dent en place.

M. Gillard. — Il y a plus de 7 ans, j'ai fait, à l'hôpital Cochin, une réimplantation contrairement à toutes les règles : j'ai méprisé les canaux, j'ai nettoyé la carie, fait un plombage et réimplanté. La dent tient très bien et il n'y a pas eu d'abcès.

M. Ronnet. — Le fait assez nouveau dans le cas de M. Lemerle, c'est la durée du traitement. Généralement, si au bout de 8 jours on ne réussit pas, on est tenté d'enlever la dent pour donner du soulagement au malade, et cependant la continuité des soins peut assurer de la réussite. Il faut toujours s'attaquer à l'alvéole et non au périoste, prétend une théorie : il y a du vrai là-dedans, mais cependant, après avoir rugine une alvéole dont le périoste était intact, j'ai dû enlever une dent qui ne prenait pas du tout : il n'est donc pas suffisant de laisser le périoste intact.

M. Poinsot. — Pour le succès des réimplantations, il faut envisager la valeur de l'alvéole et celle de la dent.

J'ai vu faire des réimplantations pour des caries du collet de préférence au traitement ordinaire qui, au gré de certains opérateurs dure trop longtemps, et des greffes dans ces cas réussissent très bien. Je puis d'ailleurs vous citer un fait assez curieux.

Une jeune fille de seize ans, dont le père, bien portant, était mort d'une fluxion de poitrine, vient dans mon cabinet.

Je constate une carie du 2e degré, je la soigne. Deux ans après, une rougeur se produit au niveau du nez, un gonflement se montre : l'une et l'autre provenaient, au dire du médecin traitant de la carie du 2e degré d'une incisive. Je percute, je ne remarque point de douleur ; je conclus donc que le fait est dû à une cause générale. Deux mois après on parlait de lui ruginer le maxillaire. On me ramène la jeune fille, j'enlève l'or et je trouve le tout très sain. Un chirurgien des hôpitaux examine la dent

et donne l'ordre de l'arracher; je l'arrache : la dent est très saine. l'alvéole intact, la racine a 2 centimètres de longueur. Je conseille la réimplantation, qui a lieu 5 ou 6 heures après. Deux ou trois jours plus tard je reçois une lettre, la jeune fille ayant été obligée de quitter Paris, disant que cela va très bien, et un bijoutier coupe les fils de ligature. Deux ans après, les mêmes accidents se reproduisent; on va voir M Magitot qui arrache, résèque l'extrémité de la racine et réimplante; dix-huit mois après, la dent était encore en saillie d'un centimètre environ. Cette fois j'arrache la dent et je l'examine. Si M. Magitot a cru devoir réimplanter ma dent deux ans après ma réimplantation, c'est qu'il y a eu greffe.

M. le Président. — Je répondrai à M. Ronnet qu'il ne s'ensuit pas, parce qu'on respecte le pér.oste et qu'on coupe l'alvéole, que le succès soit assuré dans tous les cas, car il peut y avoir fracture alvéolaire ou d'autres causes l'empêchant.

M. Poinsot. — Dans l'espèce, MM. Dubois et Godon recommandent de réséquer les bords de l'alvéole, tandis que M. Ronnet a vidé à fond celui-ci.

M. le Président. — Nous prétendons qu'on peut évider ce fond.

M. Poinsot. — Quand on fait des implantations, c'est par un moyen mécanique qu'on obtient le résultat, tandis que, si vous parlez de greffe, il faut bien qu'il y ait connexion.

V. — PRÉSENTATION D'UNE TRANSPLANTATION FAITE DANS LES SÉANCES CLINIQUES DU CONGRÈS, par M. Chauvin.

(Cette communication est insérée aux travaux originaux).

M. Chauvin. — Il s'agit d'une extraction de racine cariée trop profondément pour qu'on pût ajuster une dent. J'ai fait l'extraction de la racine et ajusté une couronne naturelle; elle est tenue par une tige et est ouverte jusqu'à son sommet; l'or vient au ras de la couronne sous la tige. La racine a été nettoyée; la tige forme l'obturation de la pointe de l'apex de la racine et la partie de la racine qui s'adapte à la couronne est plus évasée. Ce doit être très solide puisque la patiente casse des noix avec. Dans les appareils de contention ordinaire on ne se préoccupe pas assez des efforts à faire ensuite. L'opération n'a duré qu'une heure et demie.

M. Godon. — Je constate les travaux très intéressants exécutés au Congrès devant les membres étrangers par M. Chauvin. Je regrette qu'on n'ait pas fait la même constatation tout à l'heure pour la carte de M. Dubois. Nous aurons certainement lieu de reprendre nombre des démonstrations qui y ont été présentées.

M. le Président. — Le travail qu'on vient de nous montrer est, en effet, très intéressant et il est heureux qu'on ait pu constater que, après un certain temps, l'opération donne de bons résultats.

VI. — L'ANTISEPTIE DU MATÉRIEL OPÉRATOIRE, par M. Godon.

M. Godon fait sur ce sujet une communication insérée aux travaux originaux.

DISCUSSION.

M. Chauvin. — J'appuie volontiers les conclusions de M. Godon, mais je ne limite pas comme lui les instruments à désinfecter. La fraise par exemple, tous les dentistes ne mettant pas la digue, peut toucher la muqueuse et faire œuvre septique. L'antiseptie de tous les instruments s'impose. Reste le mode à adopter. Le flambage a des inconvénients, l'eau bouillante s'emploie en grande quantité. Pour ma part, je prépare tous les jours une solution boriquée avec laquelle on brosse tous mes instruments.

M. Godon. — A l'égard de la syphilis, le public est frappé de la possibilité de la transmission de cette maladie par la glace. Il faudrait donc des instruments spéciaux pour les syphilitiques, comme en ont quelques otologistes soigneux.

M. Poinsot. — La question peut se poser de bien des façons et ce n'est pas une nouveauté puisque chacun s'en occupe. Les dentistes ont été pourtant les premiers à se servir d'antiseptiques et j'ai connu un chef de service d'hôpital qui jadis avait dû acheter de l'acide phénique *à ses frais* pour désinfecter, l'Assistance publique en refusant. Il vaudrait mieux, pour la désinfection employer au lieu d'acide phénique, de l'eau hydrargyrisée ou mieux encore, du cyanure de mercure. La netteté des instruments de nettoyage est surtout à considérer et la brosse circulaire peut très bien devenir un véhicule de germes. Lorsque j'ai à nettoyer une bouche, je prends une vieille fraise, je l'entoure de fils de ouate que je charge de poudre et j'arrive à polir mes dents; quand elle a servi, j'enlève le coton et je le remplace. Je ne me sers jamais de brosses car elles sont dangereuses.

M. Blocman. — J'ai recours à une solution d'acide phénique pour désinfecter mes instruments.

M. Godon. — En fait, nous prenons tous des précautions antiseptiques, la question est simplement de savoir quelles sont les meilleures.

M. Gillard. — On confond en ce moment l'ensemencement et l'inoculation. Pour que cette dernière se produise, une plaie est nécessaire; il faudrait donc seulement dans ce cas désinfecter les instruments qui servent et après les opérations sanglantes l'ensemencement est plus difficile à empêcher. Quant aux modes, ils sont à discuter. Mais on ne doit pas oublier que, quand on fait de l'antiseptie, il faut en faire partout et pousser les précautions très loin.

M. Blocman. — Ce serait excessif.

M. Godon. — Il y a des mesures pratiques à prendre qui peuvent être suffisantes pour éviter les transmissions, car le danger n'est pas aussi grand qu'on le dit; je ne connais, pour ma

part, qu'un cas de transmission de la syphilis et il y en a un autre, paraît-il. Les mesures de M. Gillard ne sont pas praticables pour les dentistes, à moins de transformer son cabinet en une étuve antiseptique. Je comprends ces mesures-là pour des opérations, mais les nôtres sont de moindre importance. Je demande simplement que, dans l'énumération des solutions, il soit fait un choix.

M. Chauvin. — Je n'ai parlé qu'au point de vue du dentiste, mais on aurait agi sagement aussi en s'occupant des médecins qui négligent souvent cette prescription.

M. Roy. — Les précautions de M. Gillard, d'ailleurs très compliquées par elles-mêmes, n'ont pas grande utilité parce que la transmission des microbes pathogènes ne présente pas de grands inconvénients dans la bouche où nous ne faisons guère de plaies et où, en tous cas, elles guérissent très rapidement. J'appuie les conclusions de M. Godon.

M. le Président. — La connaissance du rôle pathogène des microbes a transformé non seulement les conditions des grandes opérations, mais encore l'hygiène, elle modifiera jusqu'aux relations sociales. Nous sommes appelés à subir une tyrannie d'un nouveau genre, la tyrannie des hygiénistes. Je ne sais si les deux cas mentionnés par M. Godon sont bien prouvés. On ne doit pas oublier que l'inverse peut aussi se produire, et quelques-uns d'entre nous connaissent un dentiste qui a contracté la syphilis à la suite d'une écorchure opératoire pendant une manœuvre d'extraction Si à la vérité les instruments de dentiste peuvent communiquer la syphilis, on ne doit pas oublier qu'ils n'avaient pas jusqu'ici été très accusés de ce méfait, quoique les annales médicales enseignent que l'exercice des différentes branches de l'art de guérir ait causé nombre d'accidents de ce genre. Je n'ai pas eu le temps de faire des recherches, pourtant il me revient à la mémoire quelques cas typiques qu'on ne nous imputera pas : celui de cette sage-femme qui donnait la syphilis à plusieurs femmes de son village; celui de cet auriste qui contaminait 17 personnes pour avoir fait le cathétérisme de l'oreille avec un instrument souillé de virus, et enfin ce cas tout récent de syphilis vaccinale (ou ulcéreuse) communiqué par du vaccin fourni par l'Académie de Médecine elle-même. On voit que cela doit rendre tout le monde prudent... et modeste.

M. Gillard fait une distinction très judicieuse entre l'inoculation et l'ensemencement. On peut toujours se préserver de la première, il est difficile de se prémunir contre la seconde. L'antiseptie absolue est impossible à obtenir de notre part ; les chirurgiens ne l'obtiennent même pas, on a prouvé que le lavage répété des mains ne préservait pas du transport des microbes et le chirurgien qui fait de l'antiseptie a, ainsi que ses aides, un vêtement désinfecté, il doit opérer les mains humides de la solution antiseptique, chacun de ses instruments doit être non

seulement désinfecté après l'opération, mais encore avant de resservir; la nécessité de l'antiseptie a fait supprimer les manches en bois, les cannelures, les rayures; peut-on les supprimer entièrement de notre outillage? devons-nous renouveler entièrement notre arsenal opératoire?

Si nous ne le faisons pas nous ne ferons que de la pseudo-antiseptie.

La discussion actuelle nous rappelle à tous le danger, et à défaut d'antiseptie parfaite faisons de l'antiseptie relative et nous ne compromettrons pas la santé de ceux qui se fient à nous.

Il me sera permis de rappeler après M. Godon que nous n'avons pas attendu le cri d'alarme du Conseil d'hygiène, pour nous préoccuper de ce danger et un livre classique de cette école : « l'Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste » consacre de nombreuses pages au traitement antiseptique des affections dentaires ainsi qu'au danger d'inoculation par certaines manœuvres opératoires, notamment l'extraction et les injections sous-muqueuses.

On parle de l'appui-tête, mais que dira-t-on alors du wagon de chemin de fer? Il est certain qu'il faut faire quelque chose, mai nous ne pouvons assurément pas faire tout ce que nous désirons. N'oublions pas l'opération dans laquelle nous pouvons causer l'inoculation ou l'ensemencement, c est-à-dire l'extraction et soyons désormais plus méticuleux que nous ne l'avons été jusqu'ici.

Nous devons remercier M. Godon d'avoir soulevé cette discussion.

M. Godon demande la nomination d'une commission de trois membres.

M. Chauvin propose que le bureau étudie la question.

M. *le Président* voudrait que la commission comprît cinq membres.

Cette proposition est adoptée et MM. Dubois, Poinsot, Godon, Roy et Gillard sont désignés pour la composer.

VI. — Réimplantation de dents contigues

Par M. Chauvin

M. *Chauvin* donne lecture de cette communication qui est insérée aux *Travaux originaux*.

La séance est levée à onze heures.

Le secrétaire de la séance,

Legret.

BIBLIOGRAPHIE

MILLER W. D. — Die Microorganismen der Mundhöhle Die ortlichen und allgemeinen Erkrankung welche durch dieselben hervorgerufen werden. Leipzig 1889, in-8°, 305 pp, 112 fig., 1 pl. en *chromo lithographie.*

Le travail de M. Miller réunit deux qualités qu'il est rare de rencontrer dans un livre de cet ordre : il est élémentaire et complet. Quel que soit l'avenir réservé à la bactériologie, il est à peu près impossible de toucher aujourd'hui une question de pathologie générale ou spériale sans en parler. Tous ceux qui en parlent ont-ils fait les études qui semblent indispensables pour jugeren connaissance de cause ? Avant de s'occuper des propriétés biologiques de schizomyacès et des terrains de culture qui leur sont propices, il paraît nécessaire d'en faire une étude morphologique sérieux. Il n'est pas toujours facile de déterminer la classe, l'ordre, le genre, la variété d'un organisme inférieur. Lorsqu'on en découvre un dans une affection donnée et qu'il y a des raisons de supposer qu'il a pu jouer un rôle important dans sa production, il faudrait, si l'on ne veut pas s exposer aux hypothèses prématurées et aux erreurs, faire son possible pour que la détermination morphologique fût exacte; pour que les autres méthodes de recherches dont on dispose, au lieu de prendre la place de celle-ci, lui servissent d'adjuvant. Il n'est pas téméraire de supposer que pour beaucoup de ceux qui parlent de bacilles et de microcoques, la botanique cryptogamique est en grande partie lettre morte; ce desideratum n'a pas échappé à M. Miller. Son livre, consacré à un sujet tout à fait spécial, commence par une étude générale sur les schizomycètes, sur leurs propriétés biologiques, sur les matériaux nutritifs qu'on peut rencontrer dans la cavité buccale ; puis vient la description des microorganismes proprement dits qu'elle renferme à l'état normal, des leptothrix, du spirille sputigène, des spirochètes des dents, etc. ; leur rôle dans les fermentations est discuté avec toute la lucidité et toute la précision désirables. Les chapitres relatifs à la carie dentaire dans lesquels sont donnés les recherches personnelles de l'auteur, sont peut-être les plus importants du livre. Les microbes agissent à deux moments et de deux façons : comme générateurs des fermentations et, par conséquent, comme producteurs d'acides. Ceux-ci interviennent à leur tour, déterminent l'altération initiale des dents, la décalcification superficielle ; à ce moment se place l'intervention secondaire des schizomycètes qui pénètrent dans la solution de continuité de l'enve-

loppe, s'y multiplient et contribuent à la désagrégation des parties organiques. Telle est la théorie qui portera probablement le nom de M. Miller, théorie synthétique et éclectique résumant et utilisant les recherches de Magitot, Lebert et Rottenstein, etc., et les complétant à l'aide des découvertes plus récentes de la bactériologie.

La seconde partie du livre est consacrée à l'étude des parasites bucaux pathogènes; un peu moins importante au point de vue du système dentaire; elle est extrêmement intéresssante pour le médecin; les microbes capables de produire des affections générales sont décrits avec grand soin; c'est un complément indispensable aux recherches de Malasse et Vignal, de Talamon, de Fränkel, de Baginsky, de Netter, etc. Signalons seulement les considérations sur les portes d'entrée des germes infectueux en particulier sur les dents dont la pulpe a été mise à nu et mortifiée. Le livre de M. Miller marque une étape dans l'étude de la pathologie de la bouche; outre l'originalité qu'il doit aux recherches de l'auteur, il possède les qualités d'un résumé complet et méthodique sur l'état de la science.

L. T.

INTÉRETS PROFESSIONNELS

Le juge de paix du 1er arrondissement de Paris a rendu, vendredi dernier 20 septembre, un jugement décidant que la prescription annale, édictée par l'article 2272 du Code civil n'est pas applicable aux dentistes, parce que le premier venu peut, sans la justification d'un diplome, prendre le titre d'un dentiste et pratiquer librement l'art dentaire où et quand il lui convient.

L'assimilation étant dès lors impossible entre les dentistes et les médecins, chirurgiens et apothicaires, et d'un autre coté, l'article 2272 étant formel et limitatif, il en résulte ce fait étrange que la prescription trentenaire protège les dentistes, tandis que les médecins sont atteints par la prescription annale. Mais comme la prescription est de droit étroit et que la profession de dentiste n'est pas encore réglementée par la loi, le juge ne peut arbitrairement l'étendre d'un cas à un autre, quoique la profession de dentiste tienne de très près à la chirurgie.

Ajoutons que le plus piquant dans l'espèce, c'est que l'un des demandeurs est docteur en médecine, et que son action pour les soins qu'il a donnés en sa qualité de dentiste n'était pas prescrite, alors qu'elle n'aurait plus été recevable s'il avait agi en sa qualité de médecin.

(*Semaine médicale*).

TABLE MÉTHODIQUE
DES MATIÈRES

TRAVAUX ORIGINAUX

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

REVUE DE L'ÉTRANGER

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. — SOCIÉTÉS DIVERSES

REVUE DE THERAPEUTIQUE. — P. DUBOIS

MISCELLANEA

BIBLIOGRAPHIE

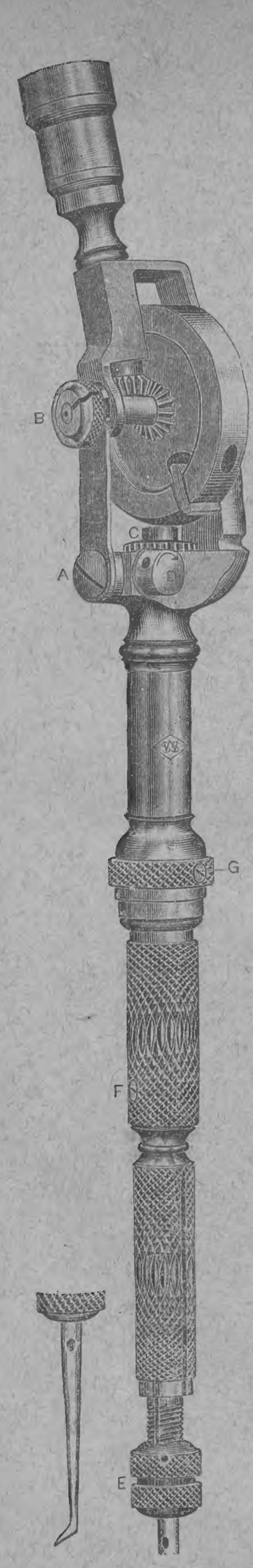
VARIA

INVENTIONS. — PERFECTIONNEMENTS

INDEX ALPHABÉTIQUE

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
Revue Odontologique.
L'Art Dentaire.
Le Progrès Médical.
La Gazette des Hôpitaux.
Le Bulletin Médical.
Les Connaissances Médicales.
La pratique Médicale.
Le Journal d'Hygiène.
L'Union Médicale.
Gazette de Gynécologie.
Gazette française de Médecine et de Pharmacie.
Archives de Pharmacie.
L Avenir Pharmaceutique.
Revue Odontologique de Belgique.
Revue et Archives Suisses d'Odontologie.
Annales de la Societe d'Odontologie de la Habana.
The Dental Cosmos.
The Dental Review.
Ohio State Journal of Dental Science.
The British Journal of Dental Science
The Dental Record.
The Dental Luminary.
The Dental Advertiser.
The Archives of Dentistry.
The Dental Eclectic.
The International Dental journal.
Correspondenzblatt für Zahnärzte.
Journal für Zahnheilkunde.
Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.
Zahntechnische Reform.
Skandinavish Tidschrift for Tandlaeger.
Monatsschrift des Vereins Deutche Zahnküntsler.
Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde
Zahnärtzliches Wochenblatt.


B
C
A
D
G
F
E